

**EVALUACIÓN DE IMPACTO DE MEDIO TÉRMINO DEL PROYECTO
REPROSALUD**

Por:

Delicia Ferrando
Nery Serrano
Carlos Pure

Presentado por:

LTG Associates, Inc.
y
TvT Associates, Inc.

Presentado a:

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
Bajo contrato No. HRN-I-00-99-00002-00, Task Order No. 812

Febrero de 2002

WORKING PAPER

EVALUACIÓN DE IMPACTO DE MEDIO TÉRMINO DEL PROYECTO REPROSALUD

Por:

Delicia Ferrando
Nery Serrano
Carlos Pure

Presentado por:

LTG Associates, Inc.
y
TvT Associates, Inc.

Presentado a:

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
Bajo contrato No. HRN-I-00-99-00002-00

Febrero de 2002



La evaluación de Impacto de medio Término del proyecto ReproSalud se preparó bajo el auspicio de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) según los términos del Proyecto de Monitoreo, Evaluación y Apoyo de Diseños (MEDS), Contrato No. HRN-I-00-99-00002-00. Las opiniones expresadas aquí son las de los autores y no necesariamente reflejan los puntos de vista de LTG Associates, TvT Associates, o la USAID.

Se puede obtener información acerca de esta y de otras publicaciones de MEDS de:

Monitoring, Evaluation and Design Support (MEDS) Project
1101 Vermont Avenue, N.W., Suite 900
Washington, DC 20005
Phone: (202) 898-0980
Fax: (202) 898-9397
cbillingsley@medsproject.com
www.medsproject.com

SIGLAS Y TÉRMINOS

BC	Bancos Comunales
DISA	Direcciones de Salud
IE&C	Información, educación y capacitación
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
MINSA	Ministerio de Salud del Perú
NBI	Necesidad básica insatisfecha
OCB	Organizaciones Comunitarias de Base
OE	Objetivo Estratégico
OR	Odds Ratio
PF	Planificación Familiar
ReproSalud	Salud Reproductiva para la comunidad
RI	Resultados Intermedios
SR	Salud Reproductiva
UNFPA	Fondo de las Naciones Unidas para Población
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

ÍNDICE

SIGLAS Y TÉRMINOS

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ASPECTOS METHODOLOGICOS.....	1
A. Metodología de la Evaluación.....	3
Objetivos de la evaluación.....	3
Fuentes de datos.....	3
Indicadores a ser evaluados.....	4
Muestra utilizada para esta evaluación.....	5
Población entrevistada.....	6
B. Metodología de las encuestas de línea de base y de evaluación intermedia.....	6
Instrumentos de recolección de datos.....	6
La Muestra.....	8
III: RESULTADOS.....	19
A. Cobertura del proyecto y actividades de capacitación: Datos del Sistema de Información Macro de ReproSalud.....	19
Cobertura del Proyecto.....	19
Autodiagnósticos versus actividades de capacitación.....	24
B. Impacto del proyecto: Cumplimiento del Objetivo Estratégico.....	25
Atención del embarazo y del parto por professional de salud.....	26
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos.....	28
Necesidad insatisfecha de planificación familiar.....	29
Conocimiento de distintos aspectos del uso de anticonceptivos.....	31
C. Resultados Intermedios.....	34
Relacioned de Género.....	35
Empoderamiento.....	47
Uso de servicios de salud.....	51
Autocuidado.....	58
D. Resumen de la varación en los indicadores del Marco de Resultados Intermedios.....	61
IV. IMPACTO Y RESULTADOS DEL PROYECTO: COMUNIDADES CON INTERVENCIÓN EDUCATIVE MÁS UN COMPONENTE DE BANCOS COMUNALES VERSUS COMUNIDADES CON INTERVENCIÓN EDUCATIVE ÚNICAMENTE C. RESULTADOS INTERMEDIOS.....	71
A. Impacto y Resultados del Proyecto: Comunidades con intervención educative más un componente de bancos comunales versus comunidades con intervención educative únicamente.....	72
Atención professional del embarazo y del parto.....	72

Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos y necesidad insatisfecha de planificación familiar	74
Conocimiento sobre algunos aspectos del uso de métodos	80
B. Resultados Intermedios.	78
Relaciones de Género.....	78
Empoderamiento: Conocimiento, actitudes y prácticas	82
Uso de servicios de salud	84
V. CONCLUSIONES..	87
V. RECOMENDACIONES..	91
ANEXOS	
A. Documentos Revisados.....	96
B. Marco de Resultados	98
C. Comunidades contraparte versus comunidades de control	101
D. Indicadores de la línea de base (LB) y de la evaluación intermedia (EI): Comunidades contraparte y comunidades de control.....	103
E. Muestra de comunidades con bancos comunales y con intervención educativa únicamente	108
F. Tablas de Indicadores	110

I. INTRODUCCIÓN

A mediados de 1995, la organización no gubernamental Manuela Ramos recibió apoyo de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (**USAID**) para desarrollar un novedoso proyecto, ReproSalud, de larga duración, cuyo propósito es mejorar la salud reproductiva de las mujeres rurales y urbanas de escasos recursos y empoderarlas a través de estrategias de educación popular y un pequeño componente de generación de ingresos en su modalidad de bancos comunales (con un préstamo de dinero) o de desarrollo de productos (mediante entrega de insumos).

En su primera fase, de 1995 al 2001, el proyecto dedicó sus esfuerzos a la información, educación y capacitación (IE&C) de mujeres (y una cantidad menor de varones) en temas de salud reproductiva que ellas mismas priorizaron mediante autodiagnósticos y que se refirieron básicamente a planificación familiar, atención del embarazo y del parto, flujos vaginales e infecciones del tracto reproductivo, entre otros. A través de la educación el proyecto busca que las mujeres tengan una relación más equitativa con los varones, conozcan su cuerpo y el del varón, se aprecien, y se cuiden haciendo uso de los servicios de salud. En su segunda fase (del año 2001 en adelante) que es más política, su afán es la promoción y defensa de los derechos de las mujeres empoderadas preparándolas para un diálogo -en igualdad de condiciones- y negociación con el MINSA¹.

ReproSalud trabaja con mujeres pobres residentes de áreas rurales aisladas y de zonas periurbanas de los departamentos de Huancavelica, Ancash, La Libertad, Puno Quechua y Aymara y Ayacucho. Sus actividades en San Martín, Ucayali y Lima Este terminaron en el año 2000. En cada departamento, y a través de un cuidadoso proceso de selección, fueron elegidas organizaciones comunitarias de base (OCBs) en comunidades que cumplían los requisitos establecidos por el proyecto (véase sección A.1 de la Segunda Parte de este informe), y se convirtieron en contrapartes del proyecto con una OCB “ganadora”. Como el propósito de ReproSalud era llegar a un mayor número de beneficiarias, las OCBs

¹ Pero además, ReproSalud cumple con el mandato de la CIPD (1994) por lo menos en dos formas: Primero, busca reducir la necesidad insatisfecha de planificación familiar y de otros servicios de salud reproductiva, utilizando un enfoque diferente al de los programas tradicionales de planificación familiar. ReproSalud no entrega servicios. Capacita y moviliza a mujeres de organizaciones comunitarias de base (OCBs) para que sean ellas mismas quienes defiendan la mejora de los servicios de salud disponibles. Segundo, el proyecto utilizando una variedad de estrategias, que incluye educación popular, alienta a las mujeres a superar las barreras socioeconómicas, culturales y de género, que les impiden tomar decisiones y acciones en beneficio de su salud reproductiva, incluyendo una negociación equitativa con sus parejas y una mejor utilización de los servicios de salud reproductiva disponibles. Anna-Britt Coe, (2001).

ganadoras eligieron, a su vez, OCBs “hermanas” en comunidades que se denominan “asociadas”.

La originalidad de ReproSalud radica en la estrategia que utiliza para involucrar a la comunidad desde sus inicios: priorizando los problemas de salud reproductiva que más les preocupan, asistiendo a las sesiones de capacitación y participando en actividades de negociación con autoridades locales y de salud, entre otros. Esto hace que la población sienta y asuma como suyo el proyecto².

En sus seis años de actividades en el campo, hasta diciembre del 2001, el proyecto había beneficiado con IE&C en salud reproductiva a alrededor de 123 mil mujeres (distribuidas en comunidades contraparte y asociadas) y a un número adicional de 66 mil varones residentes del área de influencia del proyecto. Esto hace un total de aproximadamente 200 mil beneficiarios directos (residentes de comunidades con OCBs ganadoras) o indirectos (residentes de comunidades con OCBs asociadas). Del total de beneficiarios, el 77% es rural, principalmente de la sierra, y el 23% es urbana de zonas periféricas de ciudades de los departamentos donde trabaja ReproSalud.

Varios documentos registran los resultados del proyecto. Esta evaluación de impacto se concentra en el análisis de sus logros cuantitativos examinando los indicadores del Marco de Resultados para el Objetivo Estratégico (OE) y para los Resultados Intermedios (RI) desagregados por temas, (Anexo B), en los cuales se espera un efecto. Se basa en datos recogidos por la Unidad de Monitoreo y Evaluación del proyecto antes del inicio y después de un mínimo de dos años de intervención. Información complementaria procedente del sistema de monitoreo del proyecto y de fuentes externas fue agregada para contextualizar los hallazgos.

Sólo una parte del cúmulo de información disponible fue utilizada en esta evaluación. Es la que corresponde a 25 comunidades contraparte que tienen una comunidad de control para comparar cambios en los indicadores y asociarlos con el proyecto. Razones que tienen que ver con el diseño de la muestra y la construcción de los instrumentos utilizados para la recolección de datos (ambos hechos en forma gradual) hizo que el número de indicadores examinados se redujera de 46 a 33, aunque otros 6 fueron definidos en esta ocasión a partir de los datos disponibles, y agregados a los 33. Esta evaluación forma parte de otra más completa que incluye la evaluación de proceso del proyecto y la de costo-efectividad.

² Para la Evaluación de Proceso, que es parte de la Evaluación Global de Medio Término de ReproSalud que incluye también esta Evaluación de Impacto, aproximadamente 50 mujeres de 12 comunidades en 5 departamentos fueron entrevistadas y dieron opiniones positivas sobre el proyecto y la utilidad de lo aprendido a través de la capacitación en el desenvolvimiento de sus vidas y en las relaciones con su pareja y su familia. (Testimonios recogidos personalmente durante el trabajo de campo realizado entre octubre y noviembre del 2001 en Ancash, Huancavelica y La Libertad)

II. ASPECTOS METODOLOGICOS

A. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

Objetivos de la evaluación

Objetivo general

Determinar de acuerdo al Marco de Resultados, el efecto de ReproSalud en las comunidades objetivo después de un mínimo de dos años de haberse realizado en ellas actividades de IE&C en salud reproductiva y género, y proyectos de generación de ingresos, en su modalidad de bancos comunales.

Objetivos específicos

- Comparar las variaciones de indicadores seleccionados del Marco de Resultados en una muestra de comunidades intervenidas y en otra de comunidades de comparación.
- Explorar el posible efecto adicional del proyecto en los indicadores del Marco de Resultados si al componente de información, educación y capacitación (IE&C) se le agrega otro de generación de ingresos, en este caso, bancos comunales.

Fuentes de datos

Encuestas de línea de base (LB) y de evaluación intermedia (EI)

La Unidad Técnica de Evaluación y Monitoreo del proyecto condujo encuestas (de línea de base al inicio del proyecto, entre 1997 y 1999; y de evaluación intermedia después de un mínimo de dos años, entre el 2000 y el 2001) en una muestra de mujeres en edad reproductiva y de varones de 15 a 59 años residentes de comunidades donde se localizan las OCBs contraparte (o ganadoras), una muestra de comunidades donde se ubica una OCB asociada (intervenida indirectamente a través de la OCB ganadora) y una muestra de comunidades de comparación o control.

La información recogida es diversa y abundante, pero para esta evaluación se seleccionó sólo la que corresponde a comunidades con OCBs contraparte para las cuales también se entrevistó a una comunidad de control.

Información de monitoreo del proyecto

El proyecto lleva un registro de sus actividades en un sistema de almacenamiento de datos administrado en la sede central del proyecto ubicada en Lima y que permite seguir su desarrollo en cada uno de los departamentos, a partir de información enviada de las subsedes. En el entendido que la información de este sistema es de buena calidad los datos se utilizaron sin evaluarlos, tal como fueron proporcionados. Se tomó el número total de comunidades incluidas en el proyecto, localización, población total, tema o temas de salud reproductiva priorizados por las mujeres, y beneficiarias/beneficiarios, entre otros.

Documentos varios relacionados con el proyecto

Información complementaria a la que proviene de las encuestas mencionadas fue obtenida de otros documentos relacionados con el proyecto como informes anuales, informes de evaluación, informes de visitas al campo e informes de supervisión. Igualmente, de entrevistas a diferentes actores que participan en el proyecto en las comunidades y en la sede central del proyecto en Lima, así como a quienes participaron en la aplicación de las encuestas y en el procesamiento de datos.

Documentos oficiales sobre salud reproductiva y población

Documentos oficiales preparados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática fueron utilizados para contextualizar los hallazgos de esta evaluación: Entre otros, los informes de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) en sus cuatro versiones, las proyecciones de población del país y de la población por distritos, y el censo nacional de 1993.

Indicadores a ser evaluados

De acuerdo a los objetivos del proyecto, el componente educativo debe traducirse en una mejora de prácticas de salud preventiva por parte de las mujeres, incluyendo una mayor disposición de ir a los servicios de salud. Por su parte, el componente de advocacy debería resultar en un incremento de la capacidad de negociación de las mujeres con las autoridades de salud, lo cual se espera redunde en una mejora de la calidad de atención y, en consecuencia, en un uso más intensivo de los servicios por parte de las mujeres.

Lo anterior está plasmado en un Marco de Resultados que contiene el Objetivo Estratégico del proyecto y los Resultados Intermedios con sus respectivos indicadores (Anexo B). Estos son los elementos clave para evaluar sus logros. Así, el cumplimiento del objetivo del proyecto es medido por los indicadores del Objetivo Estratégico que dan cuenta también del impacto del proyecto; mientras que los logros del proceso lo son por los indicadores de los Resultados Intermedios.

Durante la revisión de los datos, previo a su análisis, seis nuevos indicadores fueron creados, cuadro 1 y, tentativamente, enumerados siguiendo la clasificación del Marco de

Resultados, teniendo en cuenta su pertenencia al Objetivo Estratégico o a los Resultados Intermedios.

Cuadro 1: Indicadores Creados Para Esta Evaluación

Número	Indicador
OE: Mujeres incrementan la utilización de intervenciones en salud reproductiva	
1.a	Porcentaje de mujeres que ha tenido 4 o más controles con personal de salud durante el último embarazo ocurrido dos años antes de la encuesta
RI 1: Mujeres tienen relaciones de género más equitativas con sus parejas y sus familias	
11.a	Porcentaje de mujeres unidas que ha hablado con su pareja sobre el número de hijos que desean tener
RI 1.1: Mujeres fortalecen sus habilidades para conseguir cambios en sus relaciones de género	
16.a	Porcentaje de mujeres que sabe a dónde acudir a pedir ayuda o consejo en caso de ser golpeada
RI 2: Mujeres con mayor capacidad de acceder a servicios de salud reproductiva	
24.	Porcentaje de mujeres que ha acudido a un establecimiento de salud para una consulta sobre salud reproductiva o para atención en planificación familiar
RI 2.6: Mujeres incrementan el conocimiento sobre sus necesidades de salud reproductiva	
43.a	Porcentaje de mujeres que ha escuchado sobre Papanicolau o el examen de mamas
43.b	Porcentaje de mujeres que piensa que mientras una mujer está dando de lactar es difícil que quede embarazada

Muestra utilizada para esta evaluación

La unidad de Monitoreo y Evaluación de ReproSalud comenzó sus actividades a fines de 1997 y decidió realizar una encuesta de línea de base en todas (no en una muestra) las comunidades intervenidas hasta ese entonces. Por ello, algunas fueron entrevistadas cuando ya el proyecto estaba en marcha. Conforme nuevas comunidades iban siendo admitidas al proyecto, se pensó que dado el costo, era mejor conducir entrevistas en una muestra de 30 comunidades con OCBs contraparte para las cuales se buscó comunidades de control. De esas 30, se retiraron 5 después del primer sub proyecto³ quedando sólo 25 comunidades contraparte con su respectiva comunidad de control. En estos datos se basa esta evaluación. Todos los departamentos, excepto Lima, están representados en la muestra.

Previo al análisis de los indicadores la base de datos fue depurada y ponderada (para representar el universo de comunidades intervenidas tomando en cuenta su distribución departamental, por áreas urbana y rural y por edad) con el propósito de obtener indicadores consistentes. El proceso seguido se explica en **la sección B** de la Primera Parte de este informe.

³ un sub proyecto es el conjunto de sesiones de capacitación en un tema de salud reproductiva y tiene una duración aproximada de 8 a 10 meses.

Población entrevistada

Antes de iniciarse el proyecto se recogió información de mujeres en edad fértil y de varones de 15 a 59 años de una muestra de hogares de comunidades con OCBs contraparte y de comunidades control. También se condujo encuestas en comunidades asociadas que no se examinan en este informe. En la evaluación intermedia se regresó a los mismos hogares y se entrevistó a las mujeres en edad fértil y a los varones del rango de edad mencionado que se encontraban en el hogar en el momento de la entrevista, y no solamente a quienes habían sido entrevistadas/os dos o tres años antes en la línea de base. Se partía del principio que el proyecto no sólo debe tener efecto en la población beneficiaria sino en la comunidad en su conjunto.

El hecho es que hay una gran movilidad territorial de la población que afecta principalmente las zonas rurales, y las comunidades con las que trabaja ReproSalud no son una excepción. En efecto, en la evaluación intermedia, de 3,858 mujeres en edad fértil entrevistadas, 2,612 habían sido también entrevistadas en la línea de base. Esto quiere decir que el 32.3% de la muestra original fue reemplazada por nuevas habitantes de los hogares y, obviamente, de la comunidad.

Este es un elemento que debe ser tenido en cuenta cuando se examine la variación de los indicadores entre los dos momentos de la medición.

B. METODOLOGÍA DE LAS ENCUESTAS DE LÍNEA DE BASE Y DE EVALUACIÓN INTERMEDIA

Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos, la Unidad de Monitoreo y Evaluación de ReproSalud utilizó los instrumentos siguientes:

- Cuestionario del hogar en el que se registró información general sobre las personas que viven en el hogar y sobre las características más relevantes de la vivienda.
- Cuestionario individual para mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) que residían en la vivienda seleccionada, en que se recogió datos sobre sus características demográficas, actitudes y conducta en torno a la salud reproductiva, aspectos de relaciones de género y familiares, empoderamiento, participación en organizaciones comunitarias de base y asuntos sobre cuidados de su salud (por ejemplo: conocimiento del período fértil, reconocimiento de signos de alarma en el embarazo, número de controles pre natales, asistencia a servicios de salud, gasto realizado por este motivo, etc.).
- Cuestionario individual para varones de 15 a 59 años en el que se recogió información acerca de sus conocimientos actitudes y prácticas sobre salud

reproductiva, relaciones de género, relaciones familiares, actividad económica a la que se dedica, etc.

- Cuestionario de zona donde se recogió datos sobre el centro poblado y la zona de influencia de la organización comunitaria de base participante en el proyecto. Así mismo, se indagó por la actividad económica de la población y las características del establecimiento de salud a donde acude la población.
- Cuestionario al jefe del establecimiento de salud.
- Cuestionario a un miembro de la comunidad que participa en el Comité Local de Administración en Salud (CLAS).
- Cuestionario a un líder de la comunidad que no participa en el CLAS.

En esta evaluación, cuyo objetivo puntual es examinar el impacto y la variación de los indicadores del Marco de Resultados pre y post intervención, se utilizó únicamente los datos captados en el cuestionario del hogar y en los respectivos cuestionarios individuales de mujeres y varones⁴.

Cabe hacer algunas precisiones sobre el desarrollo de los respectivos cuestionarios individuales para mujeres y varones. Así como la definición del marco muestral fue progresivo, también lo fue el desarrollo de la versión definitiva de ambos instrumentos. En efecto, nuevas preguntas fueron agregadas a la primera versión y así sucesivamente, conforme la necesidad de nuevos indicadores iba apareciendo. Por cierto, algunos indicadores fueron definidos al comienzo, pero la mayoría surgió post primera versión como consecuencia natural de la definición paulatina del proyecto⁵.

Aparecieron nuevos temas de intervención y nuevos públicos objetivo y, con ellos, el requerimiento de medirlos a través de indicadores. Esto dio lugar a que los cuestionarios fueran modificados hasta en 14 oportunidades a lo largo del trabajo de campo. De modo tal que para el recojo de la información no se utilizó un instrumento único en todas las comunidades en los dos momentos. Las preguntas agregadas tardíamente fueron aplicadas a pocas comunidades en la evaluación intermedia careciéndose de los respectivos datos en la línea de base, lo cual impide hacer comparaciones⁶. En consecuencia, para esta evaluación de impacto se optó por:

- Reducir las observaciones a 25 comunidades que tienen OCBs contraparte, las mismas que también tienen comunidades control, en las cuales se aplicó la

⁴ La información recogida mediante los demás instrumentos descritos en la sub sección B.1 de la Primera Parte de este informe es valiosa y diversa. Debería ser analizada y publicada en reportes de investigación para compartir con otras instituciones y agencias cooperantes los distintos aspectos del trabajo de ReproSalud y sus logros en la comunidad.

⁵ ReproSalud tomó tiempo para consolidarse toda vez que es una experiencia nueva no sólo en lo que se refiere a la metodología empleada y a las estrategias de trabajo, sino también en cuanto a la aproximación a comunidades rurales remotas

⁶ Sin embargo, estos datos podrían ser de utilidad para la evaluación final del proyecto

versión más completa de los cuestionarios individuales. El número de casos se redujo enormemente por lo que no fue posible obtener datos departamentales confiables.

- Excluir de la evaluación a las comunidades asociadas porque eran muy pocas y en ellas se había utilizado diferentes versiones de los cuestionarios individuales.
- Reducir el número de indicadores del Marco de Resultados de 46 a 33 porque para los demás se carece de información en la línea de base.

La Muestra

Las comunidades que forman parte de la muestra tienen en común la existencia en ellas de una o más organizaciones comunitarias de base, (OCBs), que son espacios que aglutinan a mujeres para realizar actividades en beneficio de la comunidad y en el suyo propio.

Las comunidades de la muestra fueron clasificadas en las siguientes categorías: a) 70 comunidades que participan en ReproSalud y en las cuales una OCB ejecuta un subproyecto de educación en salud reproductiva y/o de generación de ingresos (bancos comunales o desarrollo de productos) luego de haber ganado el concurso convocado por el proyecto. Reciben dinero para sus actividades y asistencia técnica directa del personal de ReproSalud; b) 17 comunidades asociadas; que fueron elegidas por las OCBs ganadoras para recibir también los beneficios del proyecto, pero a través de una comunidad intermediaria, y c) 25 comunidades de comparación en las que el proyecto no intervino y que se utilizan para medir el impacto y los resultados del proyecto.

Aunque más adelante (**Sección A.1 de la Segunda parte**) se da algunos detalles sobre las características de las comunidades, cabe señalar que las que trabajan con ReproSalud no fueron elegidas estrictamente al azar, sino de acuerdo a ciertos criterios que las hacían diferentes de las otras comunidades del distrito. En cierta forma, eran las que tenían las OCBs mejor organizadas, y muy probablemente con experiencia en proyectos de desarrollo, aunque a juzgar por sus indicadores de pobreza, eran más pobres que las comunidades de control. Esta explicación debe ser tenida en cuenta cuando se examinen los resultados.

Marco muestral

Está formado por las comunidades que fueron seleccionadas para ser incluidas en el proyecto en 1997, 1998 y 1999. Conforme las OCBs fueron seleccionadas para intervención, las comunidades donde se hallaban localizadas pasaron a formar parte del marco muestral. Esto quiere decir que no se partió de un marco muestral pre determinado, sino que éste se fue estableciendo paso a paso, de acuerdo al avance del proyecto que como se ve en el Cuadro 2 empezó en 1996. La mayor cantidad (55%) de comunidades fue elegida para intervención entre los años 1998 y 1999

Cuadro 2: Comunidades Seleccionadas para Participar en ReproSalud

Departamento	Año de selección					
	Total	1996	1997	1998	1999	2000
<i>Total</i>	247	20	43	52	82	50
<i>Porcentaje</i>	100.0	8.1	17.4	21.1	33.2	20.2
Ancash	31	2	7	9	12	1
Ayacucho	35	2	8	6	14	5
Huancavelica	39	2	6	7	17	7
La Libertad	36	2	5	6	13	10
Lima Este	8	1	3	3	1	0
Puno Quechua	33	2	5	4	10	12
Puno Aymara	35	2	3	7	8	15
San Martín	15	2	4	7	2	0
Ucayali	15	5	2	3	5	0

Diseño de la muestra

La muestra tiene las siguientes características:

- Selección por etapas de la unidad de análisis de la muestra (comunidades) obedeciendo a una definición progresiva del marco muestral.
- Por el mismo hecho que la selección de las comunidades fue gradual, la línea de base se condujo en un período que abarcó años y no meses; lo mismo ocurrió con la evaluación intermedia.
- En la comunidad se seleccionó aleatoriamente hogares de socias de la OCBs y hogares de la comunidad (no socias de la OCB) siguiendo una técnica de selección que se explica en la sub sección d, de la Primera Parte del informe.
- En los hogares seleccionados se entrevistó a todas las mujeres en edad fértil y a varones de 15 a 59 años residentes habituales de la vivienda.

En la evaluación intermedia se tomó sólo las comunidades que habían recibido capacitación en por lo menos dos temas de salud reproductiva; lo que equivale a decir que habían realizado dos subproyectos en un período de dos o tres años. Para la evaluación intermedia no se hizo una nueva muestra sino que se regresó a los hogares seleccionados en la línea de base en donde nuevamente se entrevistó a todas las mujeres en edad fértil y a los varones de 15 a 59 años que residían en dichos hogares.

Selección de la muestra

Como ya se indicó, las comunidades fueron incorporadas a la muestra de manera escalonada; de modo tal que se llegó a completar 70 comunidades con OCBs contraparte en un lapso de tres años. El grueso de la muestra (94.3%) se seleccionó entre 1997 y 1998 (aunque la selección abarcó de 1997 a 1999⁷). Esto no guarda correspondencia con los años en los que un mayor número de comunidades fue incorporado al proyecto que, como puede verse en el Cuadro 3, fue entre 1998 y 1999. Apenas 4 comunidades fueron incluidas en la muestra en 1999 (o sea el 5.7%), mientras que 82 (es decir, el 33%), fueron agregadas a las 115 que hasta entonces ya formaban parte del proyecto.

Cuadro 3: Comunidades Seleccionadas para Participar en el Proyecto y para la Muestra Según Año

Comunidades	Total	1996	1997	1998	1999	2000
Total de comunidades contraparte	247	20	43	52	82	50
<i>Porcentaje</i>	<i>100.0</i>	<i>8.1</i>	<i>17.4</i>	<i>21.1</i>	<i>33.2</i>	<i>20.2</i>
Comunidades en la muestra total	70		40	26	4	
<i>Porcentaje</i>	<i>100.0</i>		<i>57.2</i>	<i>37.1</i>	<i>5.7</i>	
Comunidades de la muestra para esta evaluación	25			21	4	
<i>Porcentaje</i>	<i>100.0</i>			<i>86.7</i>	<i>13.3</i>	

En 1998 también se empezó a recoger información en las comunidades control y en las asociadas. En ese periodo de tres años en los que se seleccionó la muestra, tanto los criterios para seleccionar las comunidades para intervención como las estrategias para implementar el proyecto pudieron haber cambiado; de modo tal que las comunidades entrevistadas más recientemente tienen la ganancia de la experiencia acumulada en años previos, esto es, desde 1996. Esto podría afectar los resultados del proyecto que pueden ser mejores en estas comunidades y por lo tanto alterar la comparabilidad de los datos. Por eso se decidió realizar esta evaluación con datos de una submuestra de comunidades entrevistadas para la línea de base en 1998 y 1999 (ver el cuadro 4).

Como la intervención fue progresiva, los departamentos tienen diferentes números de comunidades seleccionadas para la muestra (cuadro 4). Eso hace que el n muestral del departamento (número de comunidades en la muestra por departamento) no sea proporcional al N de intervención (número de comunidades con OCBs ganadoras del área de influencia de ReproSalud). Esta falta de correspondencia, indispensable para una adecuada representatividad de los datos, se resolvió al ponderar el número de comunidades entrevistadas en el departamento por la proporción que le toca del total de comunidades intervenidas por el proyecto hasta diciembre de 1999. Todas las que ingresaron al proyecto a partir del 2000 ya no forman parte del marco muestral, y por lo tanto, tampoco de la muestra.

⁷ Las comunidades incluidas en el proyecto en 1996, y entrevistadas en la línea de base post intervención, un total de 36 comunidades, fueron excluidas de la muestra.

Cuadro 4: Comunidades Contraparte Seleccionadas entre 1997 y 1999 versus Comunidades en la Muestra en 1998 y 1999

Departamento	Comunidades Contraparte			
	Marco Muestral*		Muestra*	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
<i>Total</i>	170	100.0	25	100.0
Ancash	28	16.5	4	16.0
Ayacucho	28	16.5	3	12.0
Huancavelica	30	17.6	5	20.0
La Libertad	24	14.1	2	8.0
Puno Quechua	19	11.2	2	8.0
Puno Aymara	18	10.6	4	16.0
San Martín	13	7.6	2	8.0
Ucayali	10	5.9	3	12.0

* Excluye Lima Este

Selección de hogares

Comprendió dos grupos:

1) Hogares de socias de las organizaciones comunitarias de base (OCBs)

En este caso el tamaño de la muestra se determinó con la fórmula de poblaciones finitas porque se conocía el número de socias. En general, si la OCB tenía menos de 40 socias se entrevistó a todas ellas. Cuando las OCBs eran muy pequeñas, el número de entrevistas fue reducido. Entre 5 y 20 socias, porque eran las únicas en edad fértil⁸. En contraste, cuando las OCBs eran grandes, dicho número sobrepasó los 80 casos⁹. En promedio, las socias entrevistadas representaron el 50% del total de las mujeres entrevistadas, excepto en La Libertad donde dicha proporción fue de 70% y en Ancash donde fue de 58%. En esta etapa, la selección de los hogares se hizo de la siguiente manera:

- Se determinó el número de socias activas¹⁰ de la OCB en base a información proporcionada por la presidenta de la organización.

⁸ Por ejemplo en el Club de Madres Antonieta Chu del CCPP Poloponta en el distrito de Zapatero, provincia de Lamas, departamento de San Martín. Igualmente en el Club de Madres Virgen de las Mercedes, en el CCPP Huancha, del distrito de San Marcos en la Provincia de Huari, departamento de Ancash donde se entrevistó a 13 socias en la línea de base y a 9 en la evaluación intermedia porque ese era el número de socias en edad fértil. También en el Club de Madres Virgen del Rosario del CCPP Ccachaccara, en el distrito de María Parado de Bellido de la provincia de Cangallo en Ayacucho donde se entrevistó a 21 socias en la línea de base y a 16 en la evaluación intermedia por ser ese el número de socias en edad reproductiva de la OCB.

⁹ Por ejemplo en el vaso de Leche San Bernardo de la comunidad de Acopalca, distrito de Huari, departamento de Ancash donde el número de entrevistas fue 83 tanto en la línea de base como en la evaluación intermedia. En el mismo departamento, en el Comité del Vaso de Leche Marcará del CCPP Marcará distrito de Marcará, provincia de Carhuaz donde se entrevistó a 72 socias en ambos momentos del levantamiento de datos.

¹⁰ aquéllas que acuden a la reuniones y que participan en las actividades de la OCB.

- Se descartó las socias menores de 15 años y mayores de 49 años.
- Si después de descartar a las socias cuyas edades se ubicaban fuera del rango de 15 a 49 años, el número de socias era 40 o menos, se entrevistó a todas. Si ese número superaba los 40, se aplicó la fórmula¹¹ que sigue para estimar el tamaño de la muestra:

$n = \frac{t^2 PQ / d^2}{1 + \frac{1}{N} (t^2 PQ / d^2 - 1)}, \text{ donde:}$	<p>n= tamaño de muestra estimado t = punto de distribución asociado a un nivel de confianza de 95% (1.96) d = intervalo de confianza (.10) N = tamaño de la población (160) p = valor del indicador a estimar</p>
---	--

- Conocido el tamaño de la muestra se procedió a la selección aleatoria de los hogares de socias hasta completar el número a entrevistar atendiendo a la fórmula citada.

No se entrevistó:

- el hogar de socias ausentes durante el periodo de la entrevista
- el hogar de socias que viven en otra comunidad, que no participan en la organización y sólo reciben víveres.

2) Hogares de mujeres de la comunidad no socias de la OCB

Hay dos variantes. En comunidades rurales donde fue posible contar el número de hogares se aplicó la formula de poblaciones finitas. La selección de hogares fue aleatoria. En las comunidades urbanas se entrevistó a un hogar vecino de la socia, siendo también el muestreo aleatorio.

Básicamente se procedió de la siguiente manera:

En comunidades pequeñas se contó y registró todas las viviendas teniendo cuidado de no duplicarlas u omitirlas. Del registro obtenido se seleccionó los hogares para la muestra siguiendo los siguientes pasos:

1. Se verificó si la vivienda estaba ocupada. Si estaba desocupada era eliminada del registro.

¹¹ Cochran, W. (1963). Sampling Techniques. NY: Wiley p. 75.

2. En las viviendas ocupadas se procedió a la enumeración de los miembros del hogar. Si en algún hogar había una socia de la OCB, también se descartaba el hogar debido a que los hogares de socias fueron seleccionados de acuerdo a su propio registro.

3. Los hogares no descartados fueron enumerados en forma correlativa, y de manera aleatoria fueron seleccionados aquéllos que formarían parte de muestra. Los pasos y criterios seguidos fueron los mismos que para la selección de hogares de socias. Se aplicó la misma fórmula.

4. En comunidades urbanas grandes, se escogió 30 viviendas ubicadas cerca de la vivienda de la socia de la OCB elegida para la entrevista. No hubo un criterio de selección establecido, variando éste de acuerdo a la ubicación de los hogares de las socias. En algunos casos se entrevistó la vivienda contigua al de la socia, en otros, se hizo entrevistas en barrios vecinos a aquél en el que vivía la socia, y en otro, se entrevistó hogares de parientes de las socias por la mayor probabilidad que éstas conversaran sobre lo aprendido con sus parientes.

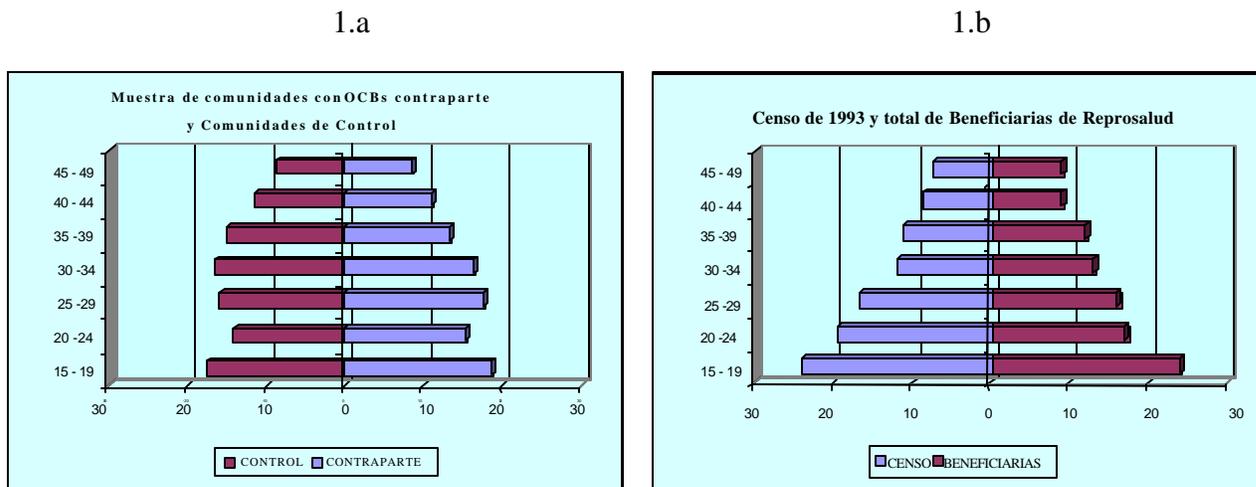
La muestra de varones fue tomada de los hogares de mujeres socias de la OCB y no socias de la comunidad. En cada hogar seleccionado se entrevistó a todos los varones residentes de 15 a 59 años.

Ponderaciones

Los datos recogidos fueron pesados o ponderados de acuerdo a tres criterios:

- La distribución por áreas urbana y rural de las comunidades contraparte al interior de cada departamento.
- La proporción de comunidades contraparte en el departamento con relación al total de comunidades contraparte en el ámbito de influencia del proyecto.
- La distribución de la población por edad para representar en la muestra la estructura que dichas comunidades tenían según el censo de 1993, corroborada por la información de monitoreo de ReproSalud sobre el total de beneficiarias en comunidades contraparte y asociadas. La muestra que originalmente no tenía la misma “forma” (gráfico 1.a) que esas fuentes, fue igualada a ellas quedando su estructura como se presenta en el gráfico 1.b. De esta manera se corrigió el sesgo por edad que, aparentemente, se produjo al seleccionar la muestra. El mismo procedimiento fue usado para mujeres y para varones.

Gráfico 1: Estructura por Edad de las Mujeres Según Diversas Fuentes



Procedimiento usado para ponderar la muestra

Peso para cada caso en cualquier región de zona urbana:

$$\left[\left(N_{urbRegint} * N_{totmuestra} \right) / \left(N_{urbRegmuestra} * N_{totint} \right) \right] * PE_i$$

Peso para cada caso en cualquier región de zona rural:

$$\left[\left(N_{rurRegint} * N_{totmuestra} \right) / \left(N_{rurRegmuestra} * N_{totint} \right) \right] * PE_i$$

Donde:

N_{urbRegint}: Número de comunidades urbanas participantes de ReproSalud en el departamento

N_{totmuestra}: Número de comunidades seleccionadas para la muestra

N_{urbRegmuestra}: Número de comunidades de la zona urbana seleccionadas para la muestra en el departamento

N_{totint}: Número total de comunidades participantes en ReproSalud

N_{rurRegint}: Número de comunidades rurales participantes de ReproSalud en la región

N_{rurRegmuestra}: Número de comunidades de la zona rural seleccionadas para la muestra en el departamento

PE_i: Factor de corrección de la estructura por edad de la población

En el cuadro 5 se presenta el número de casos de mujeres entrevistadas sin ponderar y ponderados por departamento después de haber aplicado las fórmulas presentadas arriba.

Cuadro 5: Comunidades contraparte: Muestra de mujeres sin ponderar y ponderada en la línea de base y en la evaluación intermedia.

Departamentos	Distribución porcentual de los casos			
	Línea de base		Evaluación intermedia	
	Sin ponderar	Ponderados	Sin ponderar	Ponderados
<i>Total</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>
Ancash	17.3	16.4	19.8	18.2
Ayacucho	11.9	15.4	11.3	14.0
Huancavelica	16.3	12.3	15.6	12.3
La Libertad	5.9	8.8	5.9	8.9
Puno Aymara	20.4	17.0	18.7	15.7
San Martín	6.7	6.7	7.9	8.0
Ucayali	17.2	16.2	16.6	15.9
Puno Quechua	4.5	7.1	4.2	6.9

Comunidades de control

La decisión de hacer controles se tomó a mediados de 1998, y es a partir de entonces que se buscó para las comunidades intervenidas, una de comparación en la que también se condujo encuestas de línea de base y de evaluación intermedia.

Se llama comunidad de control a una comunidad donde el proyecto no intervino. En realidad es una comunidad equivalente elegida a través de un diseño cuasi experimental. Se buscó que tuvieran en lo posible las mismas características que las comunidades intervenidas: altitud sobre el nivel del mar, alfabetismo, tamaño de población, urbanización, nivel de pobreza y una organización comunitaria de base en actividad. Al parecer fue difícil encontrar comunidades similares como puede verse en el Anexo C. Indicadores derivados del censo de población de 1993 (en ausencia de una fuente más reciente) para los distritos (porque tampoco es posible conseguir información desagregada por comunidad) en los que se ubican las comunidades con las que trabaja Reprosalud y las que fueron elegidas como control, revelan disimilitudes a veces a favor de las contraparte y otras en pro de las de control. A simple vista, éstas son menos pobres, menos rurales y con menos población analfabeta que las comunidades contraparte. Por ello, los valores iniciales para los indicadores del Marco de Resultados son en ocasiones, diferentes de los valores de las comunidades contraparte. Esta falta de igualdad debe ser tomada en cuenta cuando se interpreten los resultados porque podrían actuar acentuando o disminuyendo las ganancias netas de los indicadores en cada una, o el significado de los hallazgos.

En el cuadro 6 se presenta ejemplos de comunidades contraparte con su respectiva comunidad control como una forma de ilustrar los contrastes entre ambas.

Cuadro 6: Ejemplos de Comunidades Contraparte con Sus Respectivas Comunidades de Control

COMUNIDADES											
CONTRAPARTE						CONTROL					
Departamento Provincia Distrito	Comunidad	Porcentaje de habi- tantes	Porcentaje de analfa- betismo	Porcentaje de población rural	Porcentaj e con una NBI	Departamento Provincia Distrito	Comunidad	Porcentaje de habitantes	Porcentaje de analfa- betismo	Porcentaje de población rural	Porcentaje con una NBI
Ancash/Carhuaz Marcará	Marcará	7704	64.3	87.1	60.9	Ancash/Carhuaz Tinco	Tinco	2514	38.3	68.3	68.3
Ayacucho/Cangallo Cangallo	Incaraccay	6193	52.4	67.2	84.9	Ayacucho/Huanta Santillana	Arahuyay	6395	73.4	88.2	80.3
Huancavelica/Huancavelica Huancavelica	Barrio Santa Ana	36826	24.3	15.9	75.5	Huancavelica/Tayacaja Pampas	Pampas	9649	36.1	49.4	61.7
La Libertad/Otuzco Usquil	Chuquizon -guillo	24203	38.9	91.7	75.1	La Libertad/Sanchez Carrión Huamachuco	Chuquizon- guillo	37708	47.0	53.1	77.2
Puno Quechua/Azangaro Arapa	Pucamoco	10757	41.5	93.0	87.4	Puno Quechua/Puno Coata	Sucasco- Tarizani	6301	39.7	93.3	73.1
Puno Aymara/Yunguyo Yunguyo	Machacmarca	30360	43.6	70.3	56.8	Puno Aymara/Puno Acora	Chanchilla	29420	36.9	93.0	67.5
San Martin/El Dorado Shatoja	Shatoja	1653	33.0	52.1	79.8	San Martin/Picota Tingo de Ponasa	Leoncio Prado	2605	11.8	87.0	89.1
Ucayali/Coronel Portillo Masisea	Masisea	12083	19.5	84.0	92.2	Ucayali/Atalaya Sepahua	Sepahua	3698	26.5	59.8	87.0

Tamaño de la muestra

El número de casos entrevistados, sin ponderar, y utilizados para el análisis de los resultados que se presentan en la Segunda Parte de este informe aparece en el cuadro 7.

Cuadro 7: Tamaño de la Muestra por Sexo y Etapa de Medición, por Tipo de Comunidad

Línea de Base				Evaluación Intermedia			
Comunidad				Comunidad			
Contraparte		Control		Contraparte		Control	
Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
2,132	1,649	1,967	1,543	1,852	1,691	1,598	1,502

Por su parte, la composición de la muestra por nivel de educación, estado conyugal, edad y número de hijos, en el caso de las mujeres, se presenta en el cuadro 8.

Cuadro 8: Muestra Ponderada de Varones y Mujeres de las Comunidades Contraparte y Control Según Características Seleccionadas

Variable	Mujeres		Varones	
	Contraparte	Control	Contraparte	Control
<i>Educación</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>
Sin Instrucción	16.8	14.0	4.1	3.4
Primaria	44.8	44.6	33.1	35.7
Secundaria	33.1	36.4	53.6	51.9
Superior	5.3	5.0	9.2	9.0
<i>Estado Conyugal</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>
Soltera	33.2	26.7	45.1	44.2
Unida	61.3	65.9	53.0	53.5
Divorciada/viuda	5.5	7.4	1.9	2.3
<i>Número de Hijos</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>na</i>	<i>na</i>
Sin hijos	28.2	23.9		
1 hijo	15.0	15.4		
2 hijos	13.5	13.2		
3 hijos	10.5	13.9		
4 y más hijos	32.8	33.6		

na = no aplicable

III. RESULTADOS

Esta parte del informe contiene los resultados del proyecto medidos a través de indicadores que proceden del sistema de información de ReproSalud de la sede central en Lima, y de indicadores del Marco de Resultados estimados con información procedente de dos encuestas de hogares llevadas a cabo antes del inicio de las actividades del proyecto (línea de base) y luego de dos o tres años (evaluación intermedia) de intervención.

A. COBERTURA DEL PROYECTO Y ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN: DATOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN MACRO DE REPROSALUD

Cobertura del proyecto

Atendiendo a su diseño, ReproSalud comenzó sus actividades seleccionando distritos en 9 departamentos del país¹² en base a los siguientes criterios:

- necesidad básica insatisfecha (NBI),
- tasa global de fecundidad,
- tamaño de población y porcentaje de población rural,
- accesibilidad geográfica,
- existencia de organizaciones comunitarias de base lideradas y conformadas por mujeres,
- un nivel de seguridad para el desarrollo de las actividades del proyecto traducido en la ausencia de actividades de terrorismo y/o narcotráfico.

En cada uno de los distritos se hizo una convocatoria general a las comunidades para participar en el proyecto; sin embargo, la elección misma no habría sido al azar porque los criterios establecidos introducían desde el comienzo un cierto grado de elección intencional. Para asociarse con ReproSalud no bastaba que las comunidades tuvieran un alto nivel de necesidades básicas insatisfechas o que el promedio de hijos por mujer fuera elevado, sino que debían ser geográficamente accesibles porque se buscaba optimizar los recursos (balancear el costo-beneficio) y conseguir una mayor cantidad de beneficiarias/os; lo que excluía automáticamente a las comunidades más remotas.

Por otro lado, las comunidades que respondieron a la convocatoria eran posiblemente aquellas que tenían organizaciones comunitarias más sólidas y muy probablemente con

¹² Lima Este, Ayacucho, Ancash, Puno Quechua, Puno Aymara, Huancavelica, La Libertad, San Martín y Ucayali

experiencia de participación en proyectos de desarrollo (conducidas por otras organizaciones no gubernamentales o por el propio gobierno peruano) lo que las hacía diferentes de las demás del distrito dándose un proceso de auto selección que escapaba del control de la administración central del proyecto. Aunque los indicadores de pobreza y demográficos datan de 1993, puede decirse que el proyecto trabaja con comunidades muy pobres y aisladas cumpliendo con su objetivo de alcanzar a los grupos más necesitados.

Luego de una evaluación minuciosa realizada por un Comité en el que participaron no sólo las propias mujeres sino también autoridades locales, personal de las Direcciones de Salud (DISA) y personal de ReproSalud, las comunidades fueron elegidas como contraparte: beneficiarias directas que recibían apoyo económico para el desarrollo de las actividades educativas y/o de generación de ingresos. Como el proyecto buscaba que su trabajo no sólo alcance a las mujeres residentes de las comunidades con una OCB ganadora sino a una población mayor, cada una de ellas eligió a su vez un cierto número de comunidades “hermanas”, llamadas comunidades asociadas, para beneficiarlas indirectamente de las actividades de educación e información en salud reproductiva y género.

Desde sus inicios hasta fines del año 2000, ReproSalud ha venido trabajando con un total de 247 comunidades contraparte, de las cuales el 80% está ubicada en zona rural. Esta distribución por área también se repite en las 2,528 comunidades asociadas, como puede verse en el cuadro 9.

Cuadro 9: OCB Participantes en ReproSalud, por Tipo de Participación: 1996-2000

Departamento	Comunidades								
	Total			Ganadoras			Asociadas		
	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural
Total	2,775	554	2,221	247	67	180	2,528	487	2,041
<i>porcentaje</i>	100.0	20.0	80.0	100.0	27.1	72.9	100.0	19.3	80.7
Puno Aymara	524	30	494	35	4	31	489	26	463
La Libertad	484	97	387	36	9	27	448	88	360
Ayacucho	440	99	341	35	7	28	405	92	313
Huancavelica	422	62	360	39	8	31	383	54	329
Puno Quechua	249	52	197	33	6	27	216	46	170
Ancash	222	16	206	31	6	25	191	10	181
San Martín	183	73	110	15	12	3	168	61	107
Ucayali	174	55	119	15	8	7	159	47	112
Lima Este	77	70	7	8	7	1	69	63	6

Por departamentos, si bien Huancavelica tiene un mayor número (39) de comunidades con OCBs contraparte, no es el que agrupa la mayor cantidad de comunidades en total, incluyendo las asociadas. Puno, en su zona Aymara, abarca 524 comunidades (versus 422

en Huancavelica) porque a sus 35 comunidades contraparte agregó 489 comunidades asociadas. En Puno, a cada comunidad contraparte le corresponde en promedio 12 comunidades asociadas; mientras que en los demás departamentos el promedio es 10. Ayacucho y La Libertad son otros departamentos en los que el total de comunidades participantes en el proyecto es superior a 400 y, a parte de Lima Este donde sólo hubo 77 comunidades participantes, los departamentos de selva, San Martín y Ucayali tienen un menor número de comunidades involucradas, ya sea contraparte o asociadas.

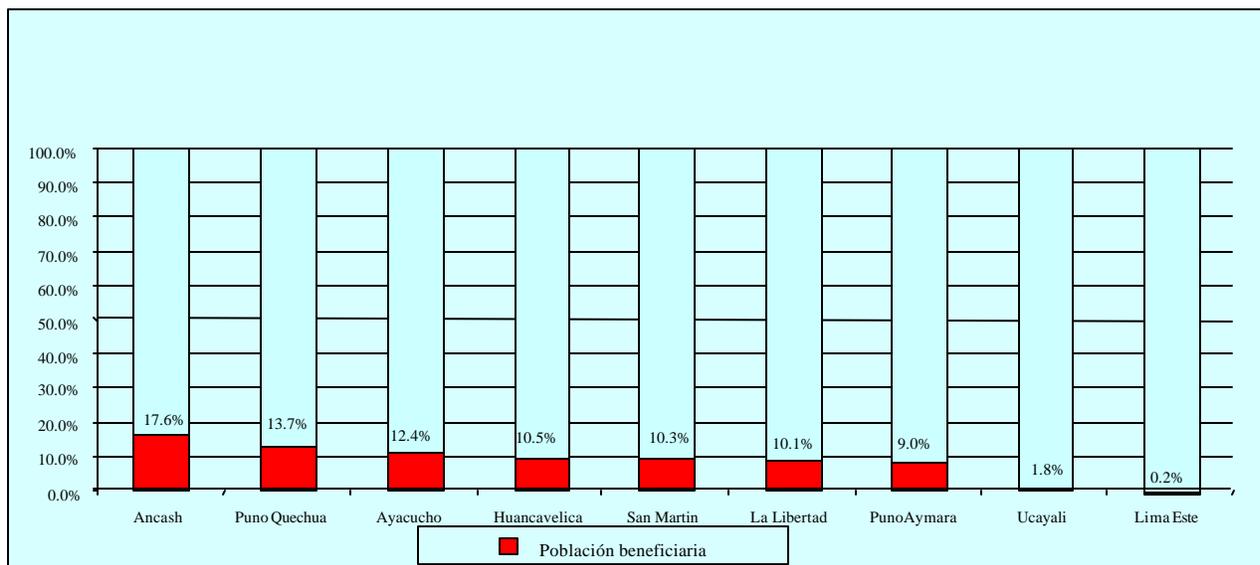
La cantidad de beneficiarias y de beneficiarios también es distinto por departamentos como puede verse en el Cuadro 10. En sus seis años de historia, ReproSalud habría ofrecido capacitación a alrededor de 200 mil personas entre varones y mujeres, de las cuales 124 mil son mujeres.

Cuadro 10: Población Beneficiaria del Proyecto y Población Total de los Distritos Participantes

Departamento	Población al 2001 de los distritos participantes en ReproSalud			Mujeres beneficiarias			Total de beneficiarios		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural
Total (población)	100.0 2,667,474	67.0	33.0	100.0 123,917	31.1	68.9	100.0 190,287	23.0	77.0
Ayacucho	100.0 141,154	41.3	58.7	100.0 17,470	26.9	73.1	100.0 26,293	23.3	76.7
Huancavelica	100.0 177,315	53.7	46.3	100.0 18,580	19.9	80.1	100.0 30,187	18.5	81.5
Ancash	100.0 86,822	38.2	61.8	100.0 15,273	14.4	85.6	100.0 23,131	13.4	86.6
Puno-Quechua	100.0 130,929	76.2	23.8	100.0 17,962	22.2	77.8	100.0 31,221	22.0	78.0
Lima Este	100.0 1,309,158	99.4	0.6	100.0 3,266	93.3	6.7	100.0 3,707	93.0	7.0
Ucayali	100.0 354,321	91.5	8.5	100.0 6,429	46.7	53.3	100.0 8,180	45.4	54.6
Puno-Aymara	100.0 212,910	17.0	83.0	100.0 19,071	8.0	92.0	100.0 29,111	7.0	93.0
San Martín	100.0 73,218	91.8	8.2	100.0 7,541	54.4	45.6	100.0 12,105	54.0	46.0
La Libertad	100.0 181,287	42.7	57.3	100.0 18,325	23.2	76.8	100.0 26,352	24.4	75.6

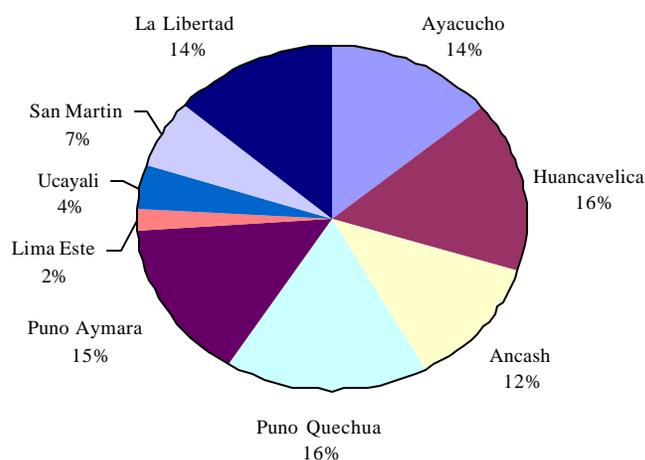
Considerando los distritos participantes en el proyecto por departamento hasta diciembre del 2000, ReproSalud había beneficiado al 18% de la población de los distritos participantes en Ancash, al 14% en Puno Quechua, al 12% en Ayacucho, al 10% en Huancavelica y San Martín, como se muestra en el gráfico 2. La distribución por áreas de la población beneficiaria fue proporcionada por el propio proyecto.

Gráfico 2: Porcentaje de Población Beneficaria de ReproSalud Respecto a la Población total de los Distritos Participantes



Del total de beneficiarios, poco más de 190 mil, la mayor proporción se ubica en Puno Quechua, Huancavelica y Puno Aymara, en ese orden, con poco más del 16% cada uno; siendo Lima Este el que tiene el menor número de beneficiarios, así como también los departamentos de selva, Gráfico 3.

Gráfico 3: Total de Beneficiarios del Proyecto

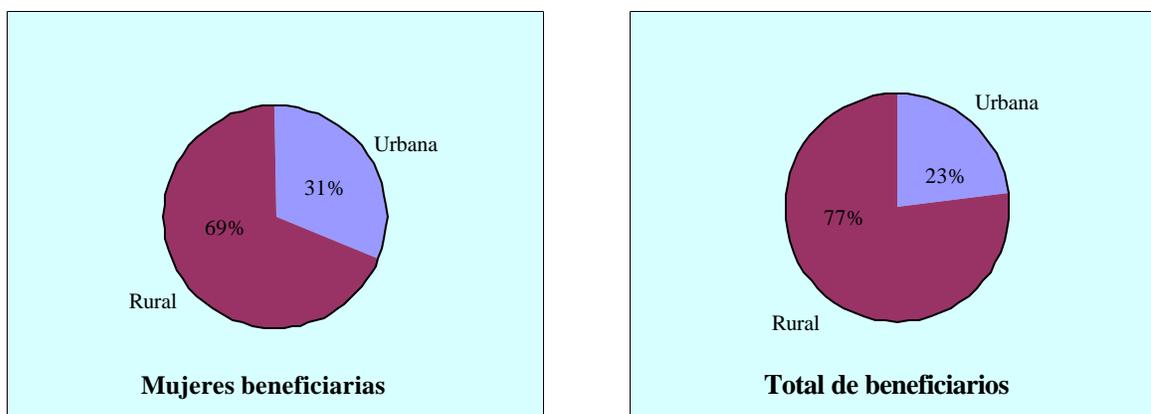


Con el propósito de conocer la población potencialmente beneficiaria del proyecto, si es que en su fase de expansión abarcara a toda la jurisdicción de los distritos participantes,

se hizo un ejercicio con fines ilustrativos. Se tomó la población proyectada por el INEI¹³ de esos distritos y se la repartió por áreas urbana y rural de acuerdo al Censo de Población de 1993 (Cuadro 10, columnas 2 y 3) porque no existe un fuente más reciente que proporcione este dato. En todo caso, el sesgo de aceptarla para aplicarla a datos proyectados al 2001, subestimaría el porcentaje de población urbana, debido a que en el período 1993-2001 la población urbana creció de 70% a 72% (INEI, 2001) y numerosas villas y caseríos pasaron a formar parte de la población urbana.

En el supuesto que el proyecto se expandiera a la jurisdicción de todos los distritos participantes, ReproSalud alcanzaría a 2.7 millones de personas; es decir al 10% de la población nacional (estimada en 26,3 millones de habitantes). Si ese fuera el caso, el 67% de beneficiarios sería urbano. Esto no coincidiría con la población objetivo del proyecto que es rural de escasos recursos, como ciertamente revelan sus logros a la fecha. Del total de beneficiarias, 123,917, apenas el 31% es urbana; mientras que la inmensa mayoría es rural. Del mismo modo, del total de beneficiarios, cerca de 200 mil, incluyendo a los varones, sólo poco más de la quinta parte es urbano. Gráfico 4.

Gráfico 4: Distribución de la Población Beneficiaria por Áreas Urbana y Rural



La distribución urbana y rural de la población de los distritos donde trabaja ReproSalud puede ser un criterio interesante a tomar en cuenta durante la fase de expansión del proyecto. Si la población rural es inaccesible o escasa, se podría contemplar la posibilidad de abarcar distritos contiguos para continuar con las actividades.

2. Autodiagnósticos versus actividades de capacitación

¹³ Instituto Nacional de Estadística, Dirección Técnica de Demografía. Boletín Especial N° 14. Proyección de la población por departamentos, provincias y distritos: 1990-2020. Julio del 2001. Documento interno, sin publicar

Autodiagnósticos versus actividades de capacitación

ReproSalud trabajó bajo la modalidad de sub-proyectos que consistían en actividades de IE&C, (o de generación de ingresos) sobre un tema o temas de salud reproductiva priorizados a través de autodiagnósticos y que debían ser atendidos por el proyecto primero que otros temas. La capacitación era reforzada con el trabajo de las promotoras (en total 8,424: 5,580 mujeres y 2,844 varones) con el personal de salud de los establecimientos de salud a quienes se les pedía un mejor trato para las mujeres, mientras que a éstas se les instaba a acudir al establecimiento a buscar atención profesional.

Diversos problemas de salud reproductiva fueron mencionados en los autodiagnósticos siendo el más importante los descensos o flujos vaginales, o como lo llaman las mujeres “la regla blanca” que fue catalogado como el más grave por el 37% del total de comunidades participantes en el proyecto. Particularmente lo fue en Ucayali donde apareció en primer lugar en el 80% de autodiagnósticos, y en La Libertad donde también fue considerado el primero de la lista por el 62% de OCBs. Cuadro 11.

Cuadro 11: Temas Mencionados en los Autodiagnósticos

Departamento	Total	Descensos	Muchos hijos	Sufrimiento en el parto	Prolapso	Inflamación de ovarios	Edad Crítica	Cancer al útero, ovarios	Maltrato	Retencion de placenta	Inflamación del vientre	Otros
<i>Total Porcentaje</i>	100.0	36.6	31.9	12.8	3.1	2.7	2.3	1.9	1.2	1.2	1.2	5.1
<i>Total</i>	257	94	82	33	8	7	6	5	3	3	3	13
Ayacucho	35	14	12	4		3		1	1			
Huancavelica	46	11	11	11	2	1	4	1	1	2	2	0
Ancash	27	12	7	4		1				1		2
Puno-Quechua	36	9	20	5	2							
Lima Este	9	2	4						1			2
Ucayali	15	12	1	1								1
Puno-Aymara	36	6	19	7				3				1
San Martin	19	7	2		4						1	5
La Libertad	34	21	6	1		2	2					2

El segundo problema de salud reproductiva priorizado por las mujeres de las comunidades contraparte fue la elevada fecundidad traducida en la expresión “muchos hijos”. Casi la tercera parte (32%) lo mencionó. De hecho, es el más importante en el departamento de Puno en sus dos zonas Quechua (en el 56% comunidades) y Aymara (en el 53%), como lo es también en Ayacucho y Huancavelica para más de la tercera parte de las comunidades con autodiagnóstico.

El sufrimiento en el parto, el parto complicado y los problemas relacionados con el alumbramiento es el tercer problema de salud reproductiva que afecta a la población en edad fértil según el veredicto del 13% de comunidades involucradas en el proyecto. Particularmente es considerado serio en Huancavelica por la cuarta parte de comunidades

que lo clasifican en primer lugar de todos los problemas de salud de la mujer, pero es también importante en Puno Aymara y en Ancash.

En el ranking de los problemas de salud reproductiva, otras dolencias fueron mencionadas como urgentes aunque por porcentajes mucho menores que el de los tres problemas antes mencionados. Entre estos figuran, en ese orden:

- prolapso o quebradura,
- inflamación de los ovarios,
- edad crítica,
- cáncer de cuello uterino y de ovario,
- maltrato,
- retención de placenta,
- inflamación del vientre,
- aborto,
- muerte maternal,
- infidelidad,
- abandono,
- problemas con el uso de métodos anticonceptivos,
- embarazo adolescente,
- sobrepeso,
- problemas del embarazo, e
- inflamación a la vagina.

Para la capacitación se desarrolló material pedagógico y tal como se pudo comprobar al cotejar los temas surgidos en los autodiagnósticos con los de la capacitación, en la abrumadora mayoría de los casos hubo una perfecta coincidencia entre la necesidad de las mujeres y la capacitación. Excepto en una comunidad de Ucayali donde por decisión de las propias mujeres se capacitó en descensos en lugar de maltrato (que fue el tema escogido en el autodiagnóstico) para evitarse conflictos con su pareja.

B. IMPACTO DEL PROYECTO: MEDICIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO ESTRATÉGICO

El Objetivo Estratégico: “Las mujeres incrementan la utilización de intervenciones en salud reproductiva”, resume el impacto del proyecto que se mide a través de costumbres y hábitos en salud reproductiva que contribuirán a mejorar la calidad de vida de las mujeres, y que son básicamente: el control del embarazo y la atención del parto por profesional de salud, y el uso de anticonceptivos.

En el Anexo D se presenta los indicadores del Marco de Resultados con sus respectivas mediciones. Se incluye el número de casos para cada indicador, así como la significación

estadística y el valor respectivo de z ; además, se presenta la estimación de los Odds Ratio (OR)¹⁴.

Atención del embarazo y del parto por profesional de salud

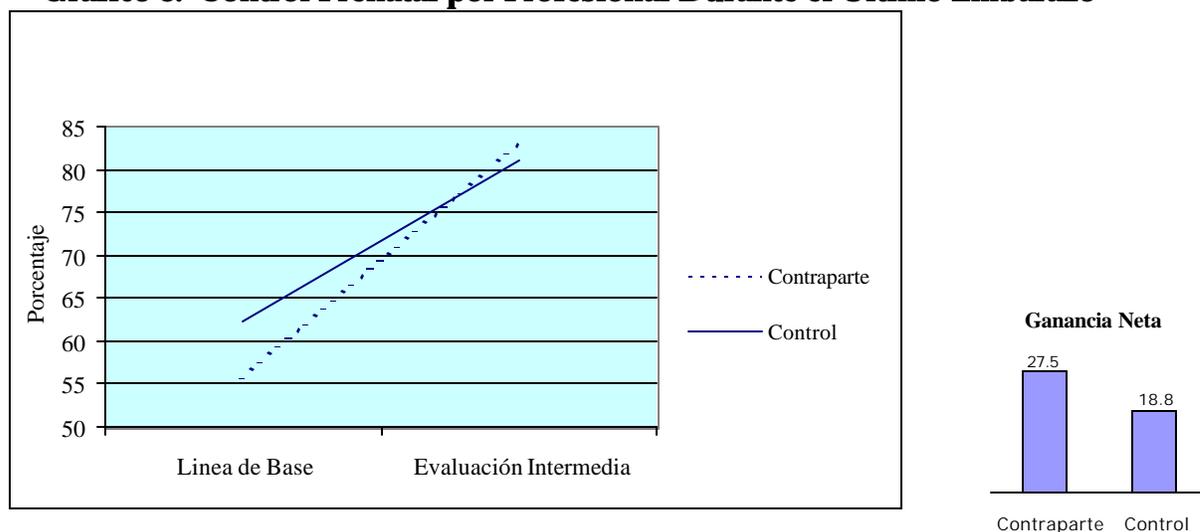
Como se sabe, Reprosalud tiene como propósito incrementar el uso de las intervenciones en salud reproductiva, particularmente el de los servicios formales de salud. Así es percibido por el personal que trabaja en los establecimientos del MINSA, tal como se deduce de las entrevistas realizadas durante la visita a hospitales, centros y puestos de salud de las áreas donde trabaja el proyecto, con ocasión de la evaluación de proceso llevada a cabo en el último trimestre del 2001 (Shepard, 2002). Los prestadores de servicios manifestaron que a través de las promotoras comunitarias, ReproSalud había tendido un puente entre la comunidad y los establecimientos, disminuyendo los temores de la población y sus naturales recelos “de hacerse ver” por una “persona extraña”. Todo indica que la capacitación que enfatiza la necesidad que las mujeres acudan por atención a un profesional de salud tuvo efectos positivos. Dos indicadores clave miden este resultado: el control del embarazo y la atención del parto por personal calificado.

Atención profesional del embarazo

Antes de comenzar el proyecto, el porcentaje de mujeres embarazadas que se controlaba con profesional de salud en las comunidades contraparte era de 55.6%, después de dos o tres años, esa cifra subió a 83.1%. También aumentó en las comunidades de control, pero en menor magnitud (de 62.2% a 81%). La ganancia neta en las primeras fue de 27.5 puntos porcentuales (significativo al 5%, $z=-7.240$), mientras que en las segundas fue de 18.8 puntos porcentuales (también significativo al 5%, $z=-5.114$). Gráfico 5 e indicador 1.a del cuadro 12).

¹⁴ El Odds Ratio (OR) es la razón de disparidad o desigualdad. Mide la influencia de una intervención en un grupo comparado con otro de control. Todo valor de Odds Ratio superior a 1 quiere decir que la intervención tuvo un efecto y en qué magnitud. Por el contrario, todo valor igual o inferior a 1 quiere decir que el proyecto no tuvo efecto.

Gráfico 5: Control Prenatal por Profesional Durante el Último Embarazo



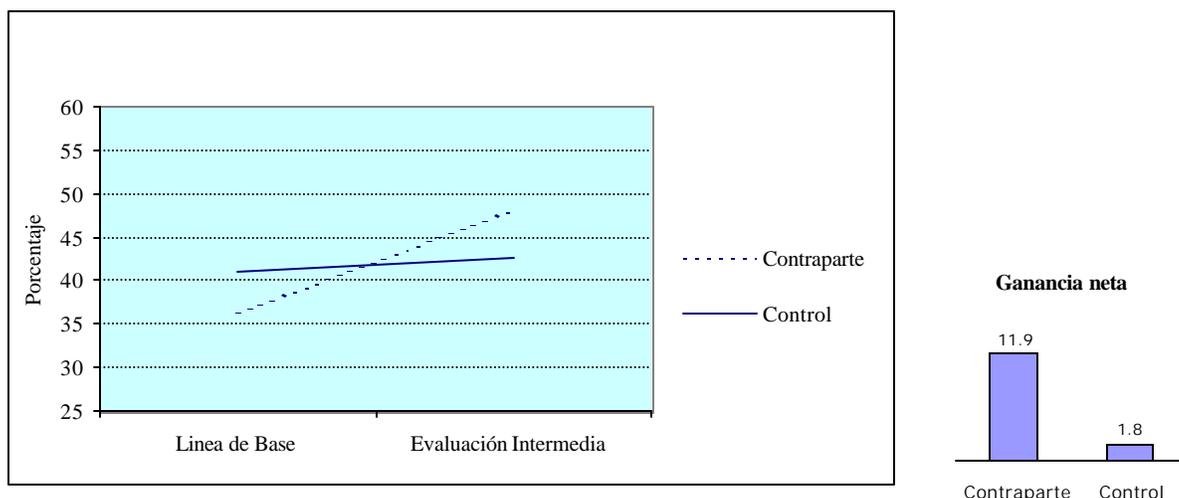
Cuadro 12: Atención Profesional del Embarazo y del Parto

N°	Indicador	Comunidades Contraparte					Comunidades de Control				
		Línea de base	EI*	Diferencia	z	Sig. Est.	Línea de base	EI*	Diferencia	z	Sig. Est.
1.a	Porcentaje de mujeres que tuvo 4 o más controles con personal de salud, durante el último embarazo ocurrido dos años antes de la encuesta	55.6	83.1	27.5	-7.240	Sig 0.05	62.2	81.0	18.8	-5.114	Sig 0.05
2	Porcentaje de mujeres que atendió su último parto, ocurrido dos años antes de la encuesta, con personal de salud	36.1	48.0	11.9	-3.200	Sig 0.05	40.9	42.7	1.8	-0.494	

*Evaluación Intermedia

Atención profesional del parto

La atención calificada del parto experimentó una variación en el mismo sentido. Al empezar el proyecto, poco más de la tercera parte (36.1%) de mujeres de las comunidades contraparte daba a luz asistida por un profesional y después de dos o tres años, lo hacía el 48%. En cambio, en las comunidades control ese porcentaje varió menos (de 40.9% a 42.7%), con lo cual la ganancia neta lograda en las primeras, fue de 12 puntos porcentuales; esto es, 6 veces más elevada que en las segundas (1.8 puntos). En las primeras, la variación es significativa al 5%, mientras que en las segundas lo es al 10%. Gráfico 6 e indicador 2 del cuadro 12.

Grafico 6: Atención del Último Parto por Profesional de Salud

Las ganancias comentadas dan señales claras del importante impacto del ReproSalud en dos aspectos vitales de la atención de la salud reproductiva: el embarazo y el parto, cuyo descuido se convierte en el país en una causa importante de mortalidad materna, especialmente en las zonas pobres y rurales.

Debido a que los valores de inicio de los indicadores examinados fueron diferentes en ambos tipos de comunidades y particularmente porque en ambos las ganancias netas son estadísticamente significativas, se utilizó el Odds Ratio, (Cuadro 24, véase nota a pie de página N° 14), con el propósito de verificar la probabilidad que la variable dependiente (el indicador) exista en presencia de la intervención. El valor del OR da cuenta que como consecuencia del trabajo de ReproSalud la atención profesional del embarazo se incrementó un 15% más en las comunidades contraparte; mientras que la atención calificada del parto lo hizo en un 27% más.

Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos.

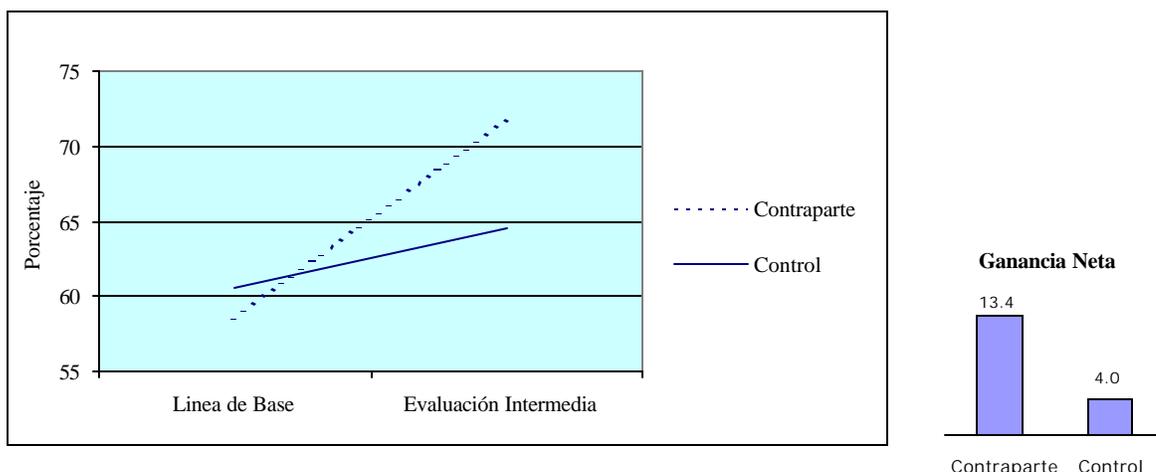
El uso de métodos de planificación familiar es un indicador importante para evaluar el impacto de ReproSalud porque por un lado, revela el nivel de manejo de información y de acceso a los servicios y, por otro, es clave para mejorar la salud reproductiva, sobre todo si se trata de población de comunidades remotas.

La capacitación y las estrategias de trabajo implementadas por el proyecto buscan: a) aumentar el conocimiento sobre la existencia de formas y maneras de prevenir un embarazo no deseado; b) informar a las potenciales usuarias sobre los beneficios y efectos secundarios del uso de métodos por tipo de método, y c) buscar que la mujer y/o la pareja elijan voluntariamente, si así lo deciden, el método que más les conviene.

Los datos de la línea de base revelan que el uso de métodos anticonceptivos subió en 13.4 puntos porcentuales (de 58.4% a 71.8%) en las comunidades contraparte y sólo en 4

puntos en las de control (de 60.6% a 64.6%). Si bien la ganancia neta fue significativa al 5% en ambos tipos de comunidades, es evidente que la intensidad del cambio fue mayor en las primeras. Gráfico 7 e indicador 3 del cuadro 13.

Gráfico 7: Porcentaje de Mujeres Unidas que Usa Algún Método Anticonceptivo



En este caso, El cambio relativo (obtenido dividiendo el valor del indicador en el segundo por el del primer momento, Cuadro 24) en las comunidades contraparte fue de 23% versus 6.6% en las de control; porcentajes de los que se desprende que debido al proyecto, el uso de anticonceptivos subió 15% más en las comunidades contraparte.

Necesidad insatisfecha de planificación familiar

Esta variable se midió a través de dos indicadores: 1) la necesidad insatisfecha de planificación familiar tal como es definido¹⁵ en la serie de encuestas DHS (ENDES en el Perú), y 2) la necesidad insatisfecha que incluye a mujeres unidas que no desean más hijos o no los desean pronto, pero usan el ritmo aunque no conocen los días fértiles del ciclo. Este último indicador ha sido definido y usado en otros estudios¹⁶ y se le conoce como “protección insuficiente” que afecta a muchas mujeres que no quieren tener un (otro) hijo, pero no se protegen apropiadamente de un posible embarazo. Se estima que en el año 2000, poco más de 850 mil mujeres peruanas estaban insuficientemente protegidas. (Ferrando, D., 2001).

Los datos muestran logros importantes del proyecto también en este aspecto al haber disminuido la necesidad insatisfecha de planificación familiar de 27% a 18% en las comunidades contraparte (esto es, una caída de 9 puntos porcentuales); mientras que en las comunidades control se redujo de 26.1% a 21.1% (o sea en sólo 5 puntos). Aunque en ambas comunidades la variación observada es estadísticamente significativa al 5%, la

¹⁵ Incluye a mujeres unidas que no desean tener (más) hijos o los desean más tarde (no embarazadas) pero no usan un método moderno; o cuyo último embarazo fue no planeado o no deseado (embarazadas)

¹⁶The Alan Guttmacher Institute, 1994; Ferrando, D., 2001

fuerza del cambio es mayor en las primeras. (Indicador 4.1 del cuadro 13), con una reducción relativa de 34% en las comunidades contraparte versus 19% en las de control.

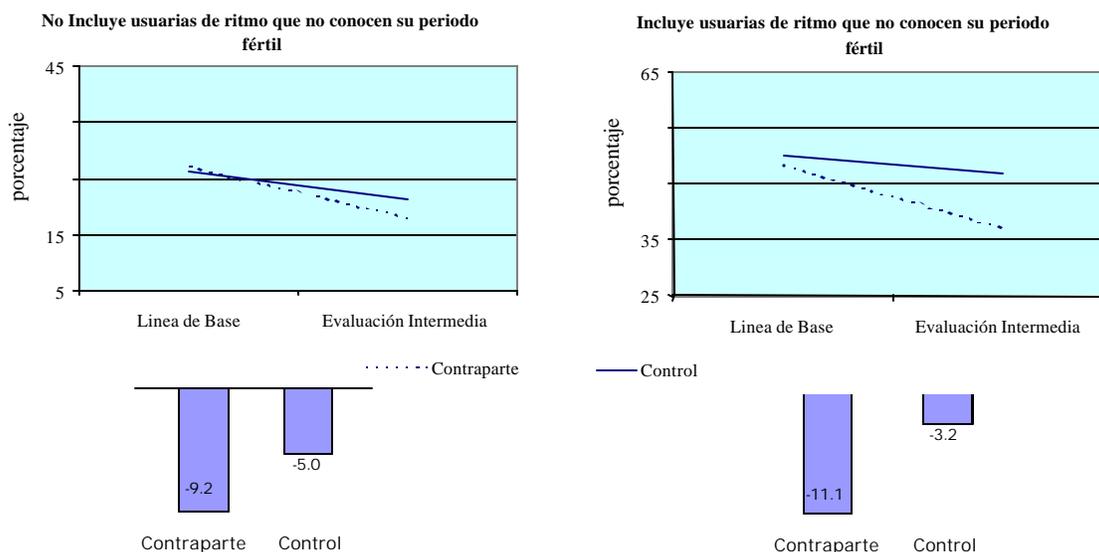
Cuadro 13: Uso de Anticonceptivos y Necesidad Insatisfecha de Planificación Familiar

N°	Indicador	Comunidades Contraparte					Comunidades de Control				
		Línea de base	EI*	Diferencia	Z	Sig. Est.	Línea de base	EI*	Diferencia	z	Sig. Est.
3	Porcentaje de mujeres unidas que usa un método anticonceptivo	58.4	71.8	13.4	-6.071	Sig 0.05	60.6	64.6	4.0	-1.783	Sig 0.05
4.1	Porcentaje de mujeres unidas con necesidad insatisfecha de PF	27.1	17.9	-9.2	4.741	Sig 0.05	26.1	21.1	-5.0	2.525	Sig 0.05
4	Porcentaje de mujeres unidas con necesidad insatisfecha de PF. Incluye usuarias de ritmo que no conocen su período fértil	48.4	37.3	-11.1	4.834	Sig 0.05	50.1	46.9	-3.2	1.379	Sig 0.10

*Evaluación Intermedia

En cuanto a la definición más amplia de necesidad insatisfecha (indicador 4 del cuadro 13), el comportamiento es similar al que se acaba de describir. La diferencia en la ganancia por comunidades favorece más ampliamente a las contraparte. Gráfico 8. En ellas, la protección insuficiente se redujo en 11 puntos porcentuales (de 48.4% a 37.3%); mientras que en las de control lo hizo únicamente en 3 puntos (de 50.1% a 46.9%). Esto da lugar a que los cambios sean significativos al 5% en las primeras ($z=4.834$) y al 10% en las segundas ($z=1.379$). En este caso, la reducción relativa fue de 23% en las comunidades contraparte versus 6.4% en las de control.

Gráfico 8: Mujeres Unidas con Necesidad Insatisfecha de Planificación Familiar



El balance de la disminución relativa de la demanda insatisfecha por tipo de comunidad, revela que la intervención dio lugar a una reducción adicional de 18% de ambos indicadores en las comunidades contraparte. (OR= 0.817 para el indicador 4.1, y OR=0.823 para el indicador 4).

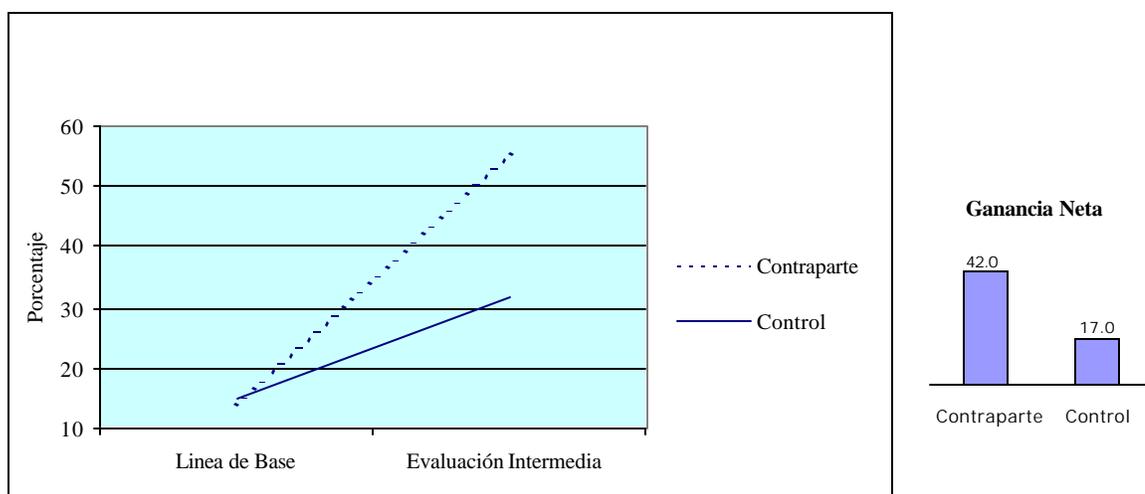
Conocimiento de distintos aspectos del uso de anticonceptivos

En el Marco de Resultados hay otros indicadores relacionados con el uso de anticonceptivos que se examinan a continuación no obstante que no fueron diseñados para medir los logros del Objetivo Estratégico sino del Resultado Intermedio 2.6: Mujeres incrementan el conocimiento de sus necesidades de salud reproductiva.

Conocimiento sobre métodos modernos

Siendo un proyecto básicamente de IE&C en salud reproductiva, otro de los aspectos cruciales para ReproSalud es mejorar la información y el conocimiento de las mujeres sobre métodos de planificación familiar, fundamentalmente para disminuir (y ojalá eliminar) los temores y prejuicios acerca de los métodos, como un primer paso para incrementar su uso. En efecto, el gráfico 9 muestra una extraordinaria mejora del conocimiento de métodos medido por el porcentaje de mujeres unidas que sabe cómo funciona al menos un método moderno. En las comunidades contraparte se cuadruplicó al pasar de 13.5% a 55.5% entre la línea de base y la evaluación intermedia, logrando una ganancia neta de 42 puntos porcentuales, que contrasta con la ganancia de 17 puntos porcentuales en las comunidades de control al subir su porcentaje de 14.9% a 31.9%.

Gráfico 9: Porcentaje de Mujeres Unidas que Sabe Cómo funciona al Menos un Método Moderno



Los cambios experimentados por este indicador son estadísticamente significativos en ambos tipos de comunidades; sin embargo en las contraparte la ganancia neta es casi dos

veces y media superior que en las de control, (indicador 38 del cuadro 14). En el ranking de indicadores de mayor a menor efecto del proyecto, cuadro 25, éste ocupa el primer lugar como el logro más notable.

Cuadro 14: Conocimiento Sobre Métodos Anticonceptivos

N°	Indicador	Comunidades Contraparte					Comunidades de Control				
		Línea de base	EI*	Diferencia	z	Sig. Est.	Línea de base	EI*	Diferencia	z	Sig. Est.
38	Porcentaje de mujeres unidas que sabe cómo funciona al menos un método moderno	13.5	55.5	42.0	-24.410	Sig 0.05	14.9	31.9	17.0	-10.713	Sig 0.05
39	Porcentaje de usuarias de ritmo que conoce los días fértiles del ciclo	22.5	28.3	5.8	-1419	Sig 0.10	24.0	24.1	0.1	-0.027	
43b	Porcentaje de mujeres que piensa que una mujer que está dando de lactar es más difícil que quede embarazada	34.0	56.3	22.3	-10.477	Sig 0.05	30.9	46.9	16.0	-7.594	Sig 0.05

*Evaluación Intermedia

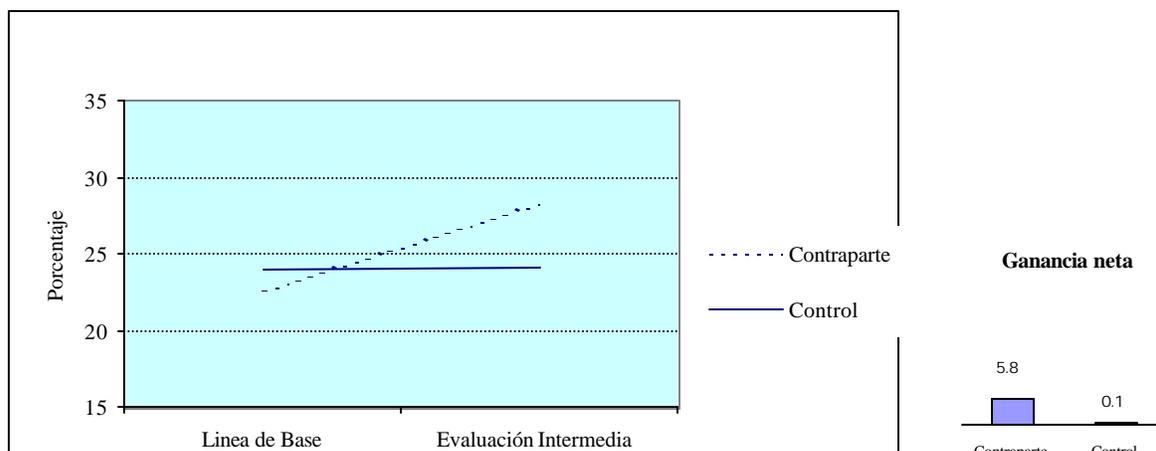
Conocimiento del período fértil

El conocimiento de los días fértiles del ciclo entre las usuarias del método del ritmo tuvo un incremento neto en las comunidades contraparte de 5.8 puntos porcentuales (significativa al 10%) al subir de 22.5% a 28.3%; mientras que en las de control permaneció invariable en torno a 24%. (Gráfico 10 e indicador 39 del cuadro 14). En la jerarquización que se hizo de los indicadores de acuerdo al efecto del proyecto, (cuadro 25), éste es el quinto de mayor impacto.

Este conocimiento debe ser reforzado porque parece ser frágil. Durante las sesiones de capacitación, las/los participantes asimilan la teoría pero muchos la olvidan pasado un corto tiempo, si es que no tienen la oportunidad de hablar del tema. En las entrevistas a beneficiarias y a promotoras/es de cinco departamentos con ocasión de la evaluación de proceso (entre octubre y noviembre del 2001) se preguntó sobre los días fértiles del ciclo y algunas manifestaron que lo sabían pero que ya no se acordaban, otras dieron respuestas incorrectas y muy pocas dieron una respuesta correcta¹⁷. Aunque las entrevistas comentadas no son representativas, ilustran el hecho que la gente sabe el tema después de la capacitación, pero luego se confunde y no lo recuerda.

¹⁷ Un testimonio anecdótico recogido personalmente es el caso de la esposa de un promotor de ReproSalud, que también es promotora, que estaba esperando su segundo hijo porque “le falló el almanaque”. Este hecho puede no reflejar necesariamente desconocimiento del período fértil, sino falta de voluntad para evitar la relación sexual en los días de riesgo de embarazo, o tal vez, imposición masculina.

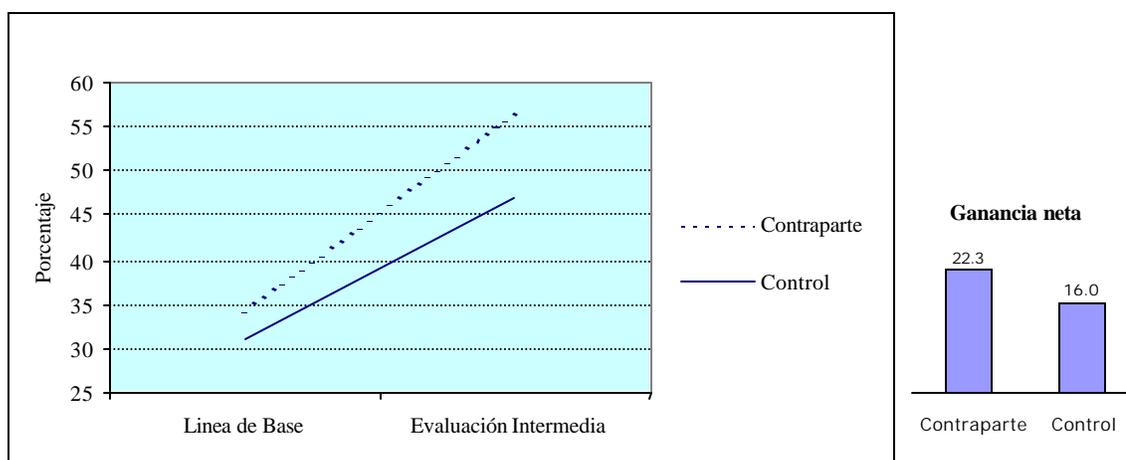
Gráfico 10: Porcentaje de Usuarias del Ritmo que Conoce los Días Fértiles del Ciclo



Percepción sobre la lactancia materna

Aunque no se trata de conocimiento sino de opinión, se ha incluido la lactancia materna en esta sección por su afinidad con el tema del uso de anticonceptivos. La noción que amamantar a una criatura hace difícil la concepción ha experimentado una variación positiva importante en las comunidades contraparte (de 34% a 56.3%), pero también lo hizo en las comunidades de control aunque a un ritmo menor (de 30.9% a 46.9%). De esta manera, la ganancia neta observada fue de 22.3 puntos porcentuales en las primeras y de 16 puntos en las segundas. Gráfico 11 y cuadro 14.

Gráfico 11: Porcentaje de Mujeres que Piensa que Mientras una Mujer Está Dando a Lactar es Difícil que Quede Embarazada



Al comparar el valor de este indicador en la evaluación intermedia con su valor en la línea de base, se tiene que el cambio relativo fue de 66% en las comunidades contraparte versus 52% en las de control. Cuadro 24. Relacionando ambas cifras se tiene que el proyecto incrementó en 9% más el conocimiento de este aspecto específico de la salud reproductiva en las comunidades intervenidas.

Cuando se examina el valor de los Odds Ratio, (cuadros 24 y 25), para los tres indicadores del cuadro 14, parecería que la posibilidad que el indicador exista en virtud del proyecto, disminuye a medida que los temas indagados son más complejos. Por ejemplo, la posibilidad de una mejora del conocimiento de cómo funciona al menos un método moderno es muy elevada, de 92%, la del incremento del conocimiento de los días fértiles del ciclo es de 25% y la del incremento del conocimiento de los beneficios de la lactancia materna como método anticonceptivo es de sólo 9%.

C. RESULTADOS INTERMEDIOS

En esta sección se examina los indicadores de los Resultados Intermedios (RI), del Marco de Resultados, que el proyecto debe alcanzar para lograr su Objetivo Estratégico¹⁸. Si bien éstos son tres¹⁹, sólo serán evaluados dos que se refieren a género y uso de servicios de salud. El tercero, que concierne al empoderamiento de las mujeres y a su participación en decisiones de política, no lo será²⁰, aunque algunos indicadores de empoderamiento fueron identificados como parte de los RI 1 y 2 que también son analizados en esta sección.

Los Resultados Intermedios abarcan sub-resultados que tienen indicadores (Anexo B) para medir su progreso y están ordenados correlativamente. No obstante, para facilitar el análisis y la interpretación de las cifras, se los ha reagrupado atendiendo a su pertenencia a aspectos de relaciones de género y familiares, empoderamiento y uso de servicios. Dentro de esta clasificación general se los ha subdividido en indicadores que miden percepciones, conocimiento, actitudes o prácticas. A ello se debe que en los cuadros que siguen, los indicadores no son presentados por numeración correlativa, pero se ha mantenido el número original que el indicador tiene en el Marco de Resultados. En el Anexo D se les presenta en el lugar que les corresponde. Allí se incluye el número de casos por indicador, la significación estadística, el valor de z para cada caso, y también la medición de los Odds Ratio (o razón de disparidad).

¹⁸ **OE:** Mujeres incrementan la utilización de intervenciones en salud reproductiva

¹⁹ **RI 1:** “Relaciones de género más equitativas de las mujeres con sus parejas y sus familias”

RI 2: “Mayor capacidad y disposición de las mujeres rurales y peri-urbanas para buscar atención de SSRR en el sector formal

RI 3: “Participación efectiva de mujeres de OCBs en el proceso de formulación de propuestas de política, adecuación y fiscalización de programas de SSRR

²⁰ porque estos temas están siendo trabajados con mayor énfasis en la Fase II del proyecto que ha empezado hace menos de un año y a la fecha se cuenta sólo con una línea de base llamado “de advocacy”

Relaciones de Género

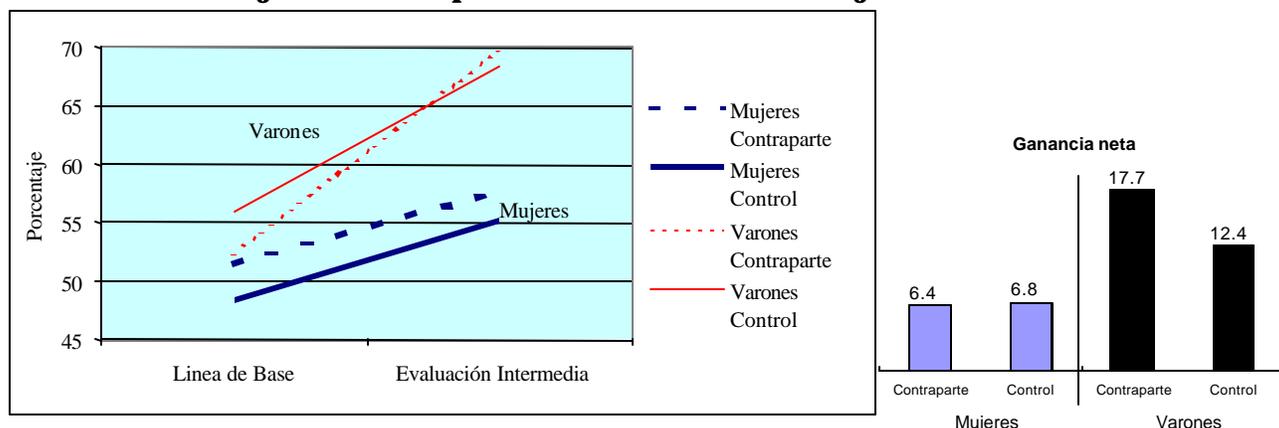
Percepciones

Percepción valorativa de mujeres y varones sobre la importancia del trabajo femenino respecto al masculino

Como se sabe, las percepciones son las ideas, juicios y creencias que las personas tienen sobre las cosas y eventos de la vida. Por su naturaleza, son dinámicas, se mueven de acuerdo al devenir de los acontecimientos sociales y a la coyuntura. Son, por lo tanto, sensibles a factores externos al sujeto.

En lo que atañe a percepciones sobre género, el proyecto, al parecer, no habría hecho diferencias en las comunidades donde intervino respecto a las de control o, en todo caso, las cifras no las muestran claramente. Cuadro 15. Por ejemplo, cuanto se trata de valorar el trabajo de la mujer asignándole la misma importancia que al del varón, gráfico 12, el porcentaje de mujeres que piensa así en las comunidades contraparte subió en 6.4 puntos porcentuales (de 51.4% a 57.8%) y en las de control en 6.8 puntos (de 48.4% a 55.2%). La ganancia neta fue prácticamente la misma en ambas comunidades, y en ambas, fue también estadísticamente significativa al 5%.

Gráfico 12: Porcentaje de Mujeres y de Varones que Cree que el Trabajo de la Mujer es Tan Importante Como el de su Pareja



Sin embargo, entre los varones la ganancia fue ligeramente superior en las comunidades contraparte que en las de control (17.7 puntos porcentuales versus 12.4 puntos), lo que traduce una mejor valoración del trabajo de la mujer por parte de los varones²¹. (indicadores 19 y 19.1 del cuadro 15).

²¹ Algunas explicaciones, no excluyentes, pueden ensayarse sobre la diferencia en la percepción valorativa femenina y masculina sobre el trabajo de la mujer:

- los varones tienen, en general, un nivel de educación relativamente más elevado que las mujeres. En la muestra que se examina, el porcentaje de analfabetas mujeres es 4 veces más elevada que el de varones (16.8% versus 4.1%), mientras que la proporción que tiene educación secundaria es de 33% y de 54%, respectivamente,

En cuanto a la valoración del trabajo en el hogar respecto a lo que el varón hace fuera del hogar²², tanto en varones como en mujeres, el aumento ha sido mayor en las comunidades control en donde subió de 30.2% a 42.5% entre las mujeres y de 33.3% a 47.9% entre los varones. En cambio, en las comunidades contraparte lo hizo de 33.7% a 44.1% entre las primeras y de 36.25 a 47.4% entre los segundos. Los porcentajes citados resultan en ganancias netas del mejoramiento de la opinión femenina de 12.5 puntos porcentuales en las comunidades control y de 10.4 puntos en las contraparte; siendo las cifras para la opinión masculina de 14.6 puntos porcentuales y 11.2 puntos, respectivamente.

-
- b) el mayor nivel de educación da a los varones mejores oportunidades que a las mujeres de acceder a los medios de información y, consecuentemente, de estar más en contacto con el mundo moderno. En este escenario, ellos tienen mejores criterios para evaluar la importancia del trabajo femenino. Su apreciación es más moderna que la de las mujeres, sobre su propio trabajo,
 - c) los hombres podrían haber dado una respuesta que no refleja su sentir para quedar bien con el entrevistador; mientras que las mujeres habrían sido más sinceras,
 - d) a las mujeres todavía les cuesta reconocer el valor de su aporte doméstico y, en general, su propio valor en la sociedad,
 - e) el trabajo de ReproSalud con los varones, a pesar que involucró a un número mucho menor que el de mujeres, habría tenido un efecto positivo. Del total de varones entrevistados en las comunidades contraparte (1,773), el 33% (581), había asistido a las sesiones de capacitación.

²² La definición del indicador no es clara: “% de mujeres que cree que el trabajo del hogar es igual de importante que el trabajo de su esposo”. Por ello, es de suponer que se refiere a la valoración del trabajo de la mujer en el hogar en comparación con el trabajo del varón fuera del hogar.

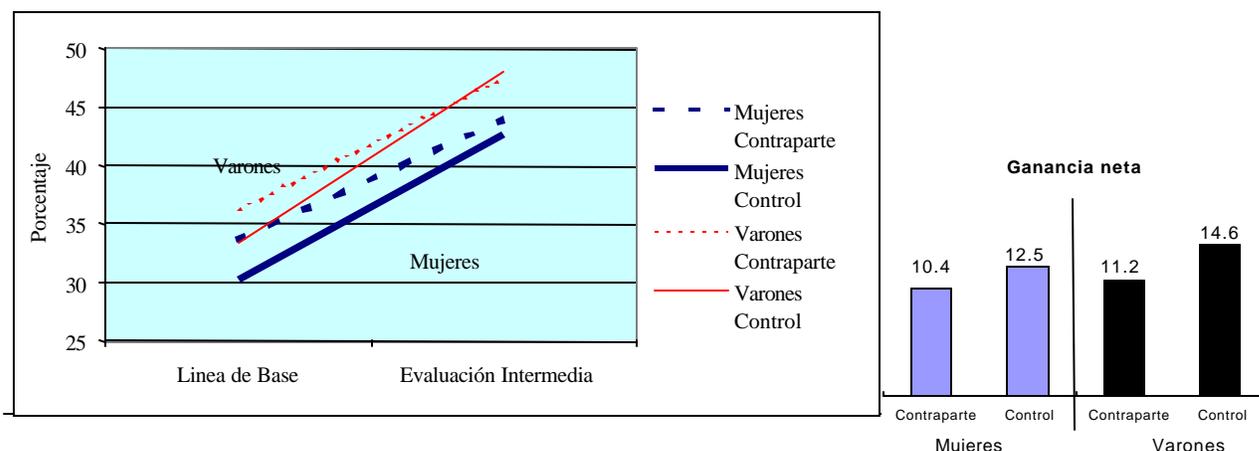
Cuadro 15: Percepción Femenina y Masculina Sobre la Importancia del Trabajo de la Mujer y del Varón, y Sobre la Educación que Deben Recibir las Hijas y los Hijos

N°	Indicador	Comunidades Contraparte					Comunidades de Control				
		Línea de base	EI*	Diferencia	z	Sig. Est.	Línea de base	EI*	Diferencia	z	Sig. Est.
Percepciones de ella											
19	Porcentaje de mujeres que cree que el trabajo que realizan es igual de importante que el de su pareja	51.4	57.8	6.4	-2.522	Sig 0.05	48.4	55.2	6.8	-2.852	Sig 0.05
20	Porcentaje de mujeres que cree que el trabajo del hogar es igual de importante que el de su esposo	33.7	44.1	10.4	-4.339	Sig 0.05	30.2	42.7	12.5	-5.631	Sig 0.05
21	Porcentaje de mujeres que cree que las hijas y los hijos deben estudiar hasta el mismo nivel	86.7	91.9	5.2	-2.745	Sig 0.05	94.5	89.6	-4.9	2.957	Sig 0.05
Percepciones de él											
19.1	Porcentaje de varones que cree que el trabajo que realizan es igual de importante que el de su pareja	52.1	69.8	17.7	-5.987	Sig 0.05	55.9	68.3	12.4	-4.388	Sig 0.05
20.1	Porcentaje de varones que cree que el trabajo que realiza su esposa en el hogar es igual de importante que el de trabajo de su esposo	36.2	47.4	11.2	-3.997	Sig 0.05	33.3	47.9	14.6	-5.393	Sig 0.05
21.1	Porcentaje de varones que cree que las hijas y los hijos deben estudiar hasta el mismo nivel	89.1	91.4	2.3	-1.077		91.6	90.9	-0.7	0.325	

*Evaluación Intermedia

Los porcentajes y diferencias para ambos tipos de comunidades en los dos momentos de la medición se presentan en el cuadro 15 (indicadores 20 y 20.1), mientras que la tendencia de la opinión de varones y mujeres por tipo de comunidad, se ilustra en el gráfico 13.

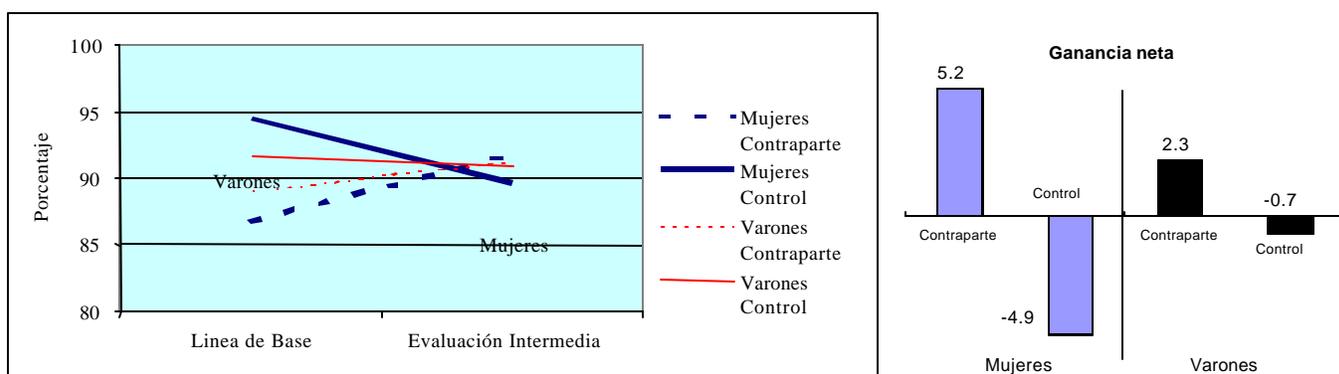
Gráfico 13: Porcentaje de Mujeres y de Varones que Cree que el Trabajo Del Hogar es tan Importante Como el de su Esposo



Percepción de mujeres y varones sobre el derecho de las hijas y los hijos de estudiar hasta el mismo nivel

La opinión positiva sobre el mismo derecho a la educación de hijas e hijos aumenta ligeramente en las comunidades contraparte, gráfico 14; mientras que disminuye un poco en las de control. En suma, la ganancia neta de la opinión femenina a favor del mismo derecho de las niñas y niños a la educación fue de 5.2 puntos porcentuales en las primeras versus una caída de -4.9 puntos en las segundas. En cuanto a la opinión masculina, las cifras fueron de 2.3 puntos y -0.7 puntos, respectivamente. (Indicador 21 y 21.1 del cuadro 15).

Gráfico 14: Porcentaje de Mujeres y Varones que Cree que las Hijas y Hijos Deben Estudiar Hasta el Mismo Nivel



Según los datos, también es evidente que las mujeres le dan más importancia a la educación de las hijas que los varones. El 5.6% cree que hijas e hijos tienen el mismo derecho a la educación, versus el 2.3% de varones, seguramente porque buscan para sus niñas mejores oportunidades sociales y económicas que las de ellas²³. El proyecto ha tenido un efecto positivo (en los varones quizás incipiente por ahora) sobre un aspecto importante de la vida de sus hijas: el mismo derecho a la educación que sus hijos. Sin embargo, la declinación observada en las comunidades de control, merecería una explicación que escapa a los alcances de esta evaluación.

El balance de los cambios parciales por tipo de comunidad que se resume en la Razón de Disparidad (OR), da cuenta que en la valoración del trabajo femenino, la intervención no aumenta la posibilidad de que ésta mejore entre las mujeres y aporta modestamente al mejoramiento de la opinión masculina. Respecto a la mejora de la percepción favorable del mismo derecho a la educación de hijas e hijos, el proyecto ha tenido una leve contribución entre los varones 3.4% y otra mucho mayor entre las mujeres (11.8%).

²³ la mayoría de las mujeres de las comunidades en las que trabaja el proyecto son iletradas (17%), o sólo han estudiado primaria, (45%).

Percepción de los varones sobre maltrato físico a las mujeres y sobre relaciones sexuales obligadas

Cambios en la opinión de los varones sobre maltrato físico a las mujeres y sobre violencia sexual, ocurrieron en ambos tipos de comunidades, aunque ligeramente más en las comunidades con las que ReproSalud trabaja en las cuales se nota una mayor conciencia por parte de los varones, que a las mujeres se les debe respetar y no tomarlas sexualmente en contra de su voluntad.

Antes de comenzar el proyecto, el porcentaje de varones de la comunidades contraparte que creía que a las mujeres no se las podía golpear bajo ninguna circunstancia era de 57.4% que subió a 64% luego de dos o tres años. En las comunidades control la variación fue de 58.8% a 63%. Estos cambios dieron lugar a una ganancia neta de 6.6 puntos porcentuales en las primeras (significativa estadísticamente al 5%) y de 4.2 puntos porcentuales en las segundas (significativa al 10%). Indicador 17 del cuadro 16 y gráfico 15.a.

Cuadro 16: Percepción de los Varones Sobre Maltrato Físico a la Mujer y Sobre Relaciones Sexuales Obligadas

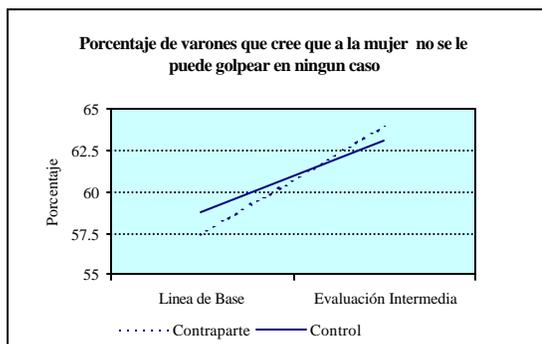
N°	Indicador	Comunidades Contraparte					Comunidades de Control				
		Línea de base	EI*	Diferencia	z	Sig. Est.	Línea de base	EI*	Diferencia	z	Sig. Est.
17	Porcentaje de varones que cree que a la mujer no se le puede golpear en ningún caso	57.4	64.0	6.6	-2.531	Sig 0.05	58.8	63.0	4.2	-1.557	Sig 0.10
18	Porcentaje de varones que cree que el hombre no tiene derecho a exigir tener relaciones sexuales cuando la mujer no quiere	84.6	91.5	6.9	-3.981	Sig 0.05	88.8	91.8	3.0	-1.831	Sig 0.05

*Evaluación Intermedia

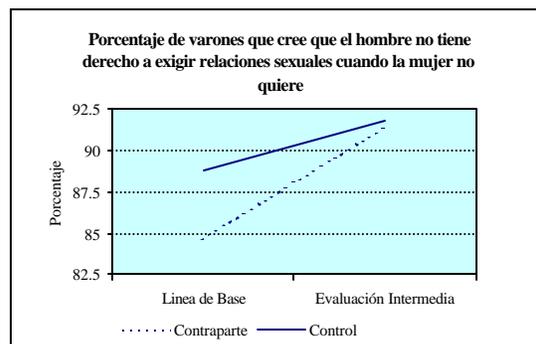
Por su parte, la proporción de varones que cree que el hombre no tiene derecho a exigir relaciones sexuales si la mujer no quiere también subió en ambos tipos de comunidades, pero se diría que un poco más en las comunidades contraparte. Así, su ganancia neta de 6.9%; es más del doble que la de las comunidades control (3%). Gráfico 15.b e indicador 18 del cuadro 16.

Gráfico 15: Percepciones de Varones

15.a



15.b



Sin embargo, cuando se compara los cambios parciales, (cuadro 24), por tipo de comunidad tomando en cuenta los valores de partida y de medio término de los indicadores, se tiene que el proyecto mejoró poco las prácticas positivas de los varones en su relación con las mujeres. Respecto a las comunidades no intervenidas, el proyecto hizo que el porcentaje de varones que cree que a la mujer no se le puede golpear en ningún caso, aumentara sólo en 4%, y el de aquéllos que cree que el hombre no tiene derecho a exigir relaciones sexuales si la mujer no quiere, en 4.6%.

El efecto modesto del proyecto en la opinión y actitudes sobre género debe interpretarse



en el contexto de los cambios sociales que ocurrieron en el país en la segunda mitad de la década de los noventa. Posterior a la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (UNFPA, 1994) a fines de 1994, se puso de moda un discurso sobre equidad de género, tema privilegiado en dicho evento.

Dados los alcances de dicha Conferencia que subraya la igualdad entre los sexos, especialmente resaltada en aspectos de salud sexual y reproductiva, apareció una corriente de opinión que ha dado lugar a un clima favorable no sólo para tratar abiertamente el tema sino también para hacer esfuerzos por superar los obstáculos y modificar las ancestrales costumbres que atentan contra el derecho de las mujeres a ser respetadas y reconocidas.

Los temas de derechos sexuales y reproductivos, así como el de género, están en la agenda de líderes sociales y políticos, pero además son tratados en los medios de comunicación y a través de producciones de consumo masivo que se transmiten por estaciones de radio y televisión locales, lo cual habría contribuido a un cambio positivo de la opinión pública, aún en las comunidades más alejadas hacia una percepción de la

relación entre los sexos más igualitaria, sin necesidad de una intervención específica, aunque esta visto que en presencia de ésta, los cambios son, en ciertos temas, ligeramente mejores.

Prácticas

En vista de la variable externa que se acaba de describir que, en cierta forma, iguala las percepciones de la población de las comunidades intervenidas y no intervenidas en aspectos de género, para el proyecto es más interesante medir las prácticas en la relación entre mujeres y varones, y cómo éstas se consolidan en las comunidades intervenidas.

En general, en el comportamiento de las mujeres en el hogar y en la comunicación con su pareja se aprecia algunos cambios a favor de las comunidades con las que el proyecto trabaja; mientras que en otros, tales variaciones no se han producido.

Ciertas decisiones son tomadas por la pareja de mutuo acuerdo. De los seis indicadores elegidos para medir este aspecto (cuadro 17), tres se orientan en la dirección promovida por el proyecto: que la mujer tenga la misma capacidad de decisión que su esposo o compañero al interior del hogar.

Cuadro 17: Prácticas de Mujeres y Varones Sobre Género

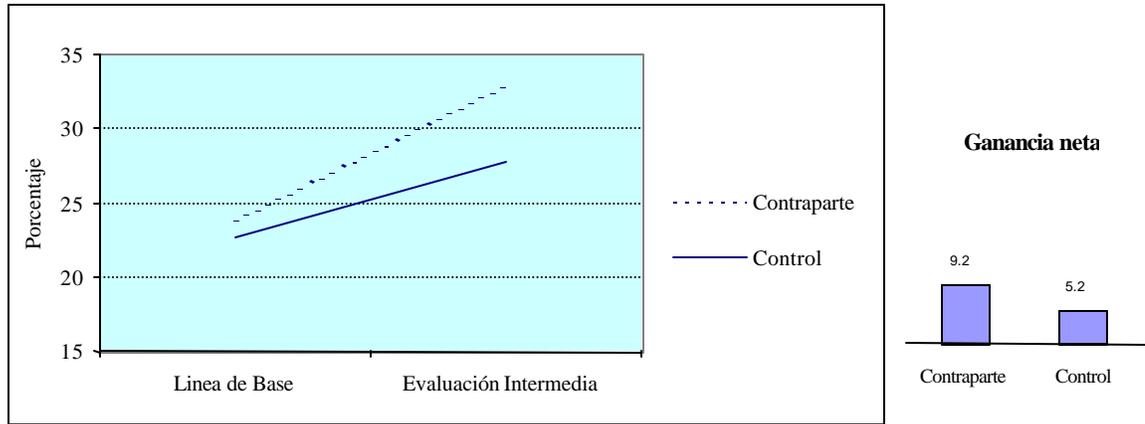
N°	Indicador	Comunidades Contraparte					Comunidades de Control				
		Línea de base	EI*	Diferencia	z	Sig. Est.	Línea de base	EI	Diferencia	z	Sig. Est.
Prácticas de ella											
7	Porcentaje de mujeres unidas que decide conjuntamente con su pareja sobre relaciones sexuales, métodos anticonceptivos y número de hijos	23.7	32.9	9.2	-4.431	Sig 0.05	22.6	27.8	5.2	-2.588	Sig 0.05
9	Porcentaje de mujeres unidas que hace una o más tareas de la casa conjuntamente con su pareja	23.2	46.7	23.5	-10.775	Sig 0.05	18.6	37.9	19.3	-9.392	Sig 0.05
11	Porcentaje de mujeres unidas que decide conjuntamente con su pareja hasta qué nivel de educación deben estudiar las hijas e hijos	57.4	64.0	6.6	-2.798	Sig 0.05	57.8	58.0	0.2	-0.084	
11.a	Porcentaje de mujeres unidas que ha hablado con su pareja sobre el número de hijos que desean tener	67.8	72.6	4.8	-2.273	Sig 0.05	69.3	74.0	4.7	-2.241	Sig 0.05
13	Porcentaje de mujeres unidas que ha hablado con su pareja sobre PF en los últimos 12 meses	15.2	20.3	5.1	-2.908	Sig 0.05	11.4	14.1	2.7	-1.757	Sig 0.05
Prácticas de él											
5	Porcentaje de mujeres unidas cuya pareja ayuda cuando los niños se enferman	38.7	44.7	6.0	-2.527	Sig 0.05	30.0	35.3	5.3	-2.338	Sig 0.05

*Evaluación Intermedia

Por ejemplo, el porcentaje de mujeres unidas que decide conjuntamente con su pareja sobre relaciones sexuales, métodos de planificación familiar y número de hijos se ha incrementado más en las comunidades contraparte (de 23.7% a 32.9%) que en las de control (de 22.6% al 27.8%). Indicador 7 del cuadro 17. Esto dio lugar a una ganancia neta de 9.2 puntos porcentuales en las primeras frente a 5.2 puntos en las segundas. Las variaciones experimentadas son significativas al 5% en ambas comunidades.

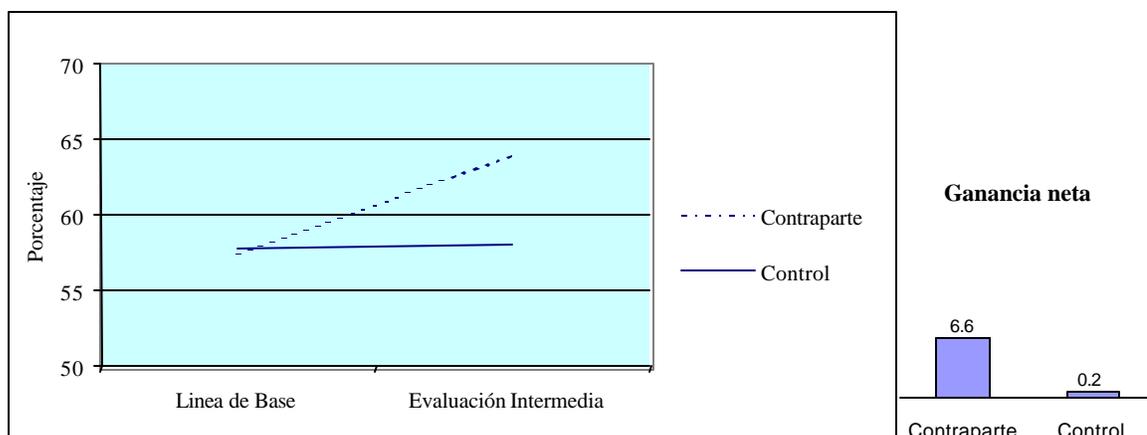
El cambio relativo en las comunidades contraparte fue de 39%; mientras que en las de control fue de 23%. Cuadro 24. El balance de estos cambios, revela que en presencia del proyecto, este indicador mejoró en un 13% más en las comunidades intervenidas.

Gráfico 16: Porcentaje de Mujeres que decide conjuntamente con su Pareja Sobre Relaciones Sexuales, Métodos Anticonceptivos y Número de Hijos



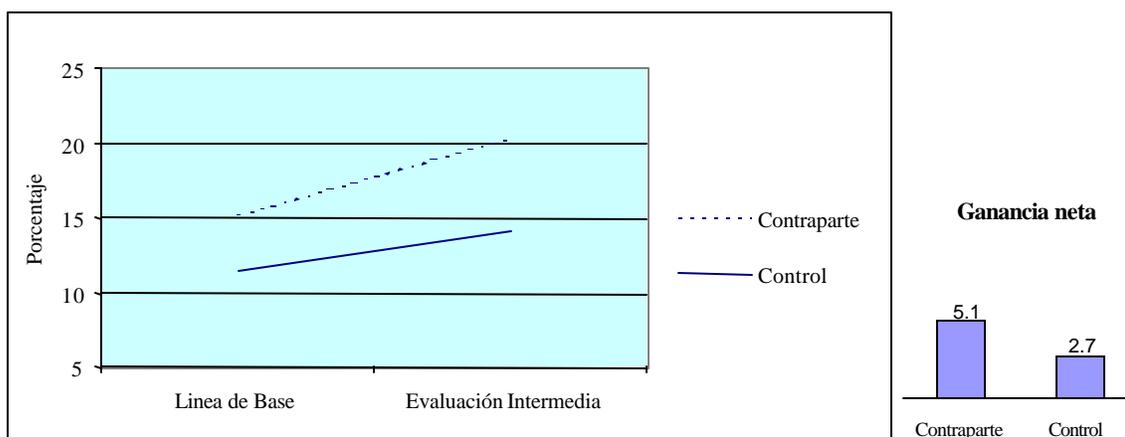
También se observa una variación positiva en las comunidades contraparte en la decisión de mutuo acuerdo de las parejas sobre la educación de los hijos (un cambio en este sentido se observó también en las percepciones sobre el mismo tema). Antes de iniciarse el proyecto, la situación era la misma en las comunidades cualquiera fuera su tipo, pero el proyecto ha hecho una diferencia en aquéllas donde desarrolla actividades en las cuales el porcentaje de mujeres que decide conjuntamente con su pareja sobre la educación de los hijos aumentó de 57.4% a 64.0% (ganancia neta de 6.6 puntos porcentuales), siendo la diferencia estadísticamente significativa al 5% ($z=-2.798$). En cambio, en las comunidades control dicho porcentaje permaneció invariable en torno a 58% (ganancia neta de 0.2 puntos). Gráfico 17 e indicador 11 del cuadro 17. Como consecuencia, la intervención produjo un incremento adicional de 11% en el porcentaje de mujeres de las comunidades contraparte que resuelve de acuerdo con su pareja el nivel de educación que desean para sus hijas e hijos.

Gráfico 17: Porcentaje de Mujeres que Decide Conjuntamente con su Pareja Hasta qué Nivel de Educación Deben Estudiar sus Hijas y Hijos



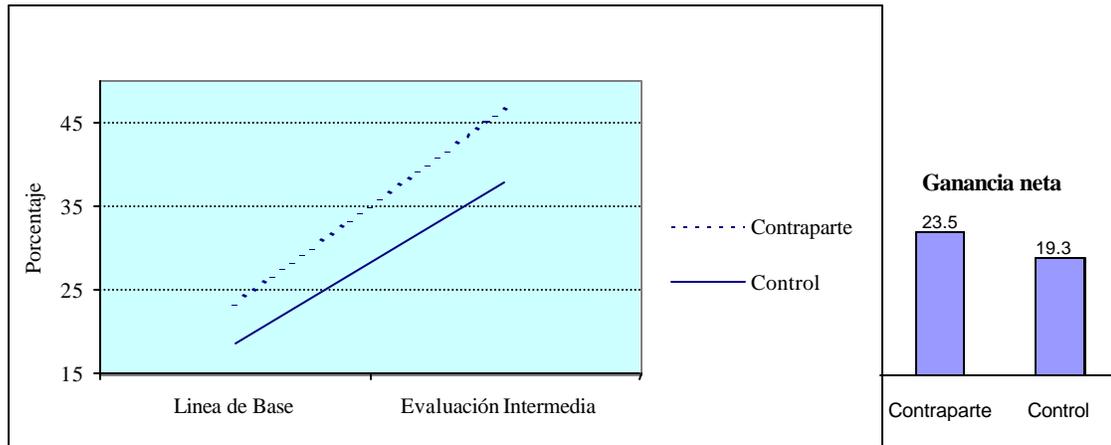
Adicionalmente, se nota un mayor aumento en las comunidades contraparte del porcentaje (de 15.2% a 20.3%) de mujeres unidas que ha hablado con su pareja sobre planificación familiar en los últimos 12 meses, que en las de control (donde la cifra varió de 11.4% a 14.1%). Indicador 13 del cuadro 17. La diferente intensidad de los cambios, gráfico 18, dio como resultado una ganancia neta de casi el doble (5.1 puntos porcentuales) en las primeras que en las segundas (2.7 puntos), aún cuando en ambos tipos de comunidades los aumentos experimentados en este indicador son significativos al 5%. En este aspecto, el incremento atribuible al proyecto en las comunidades contraparte es de 8%.

Gráfico 18: Porcentaje de Mujeres que ha Hablado con su Pareja muy a Menudo Sobre Planificación Familiar en los Últimos 12 Meses



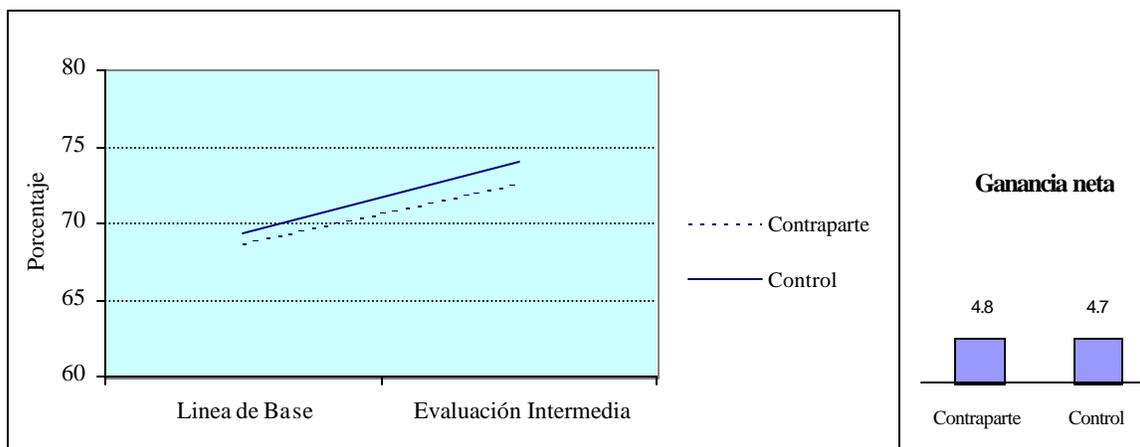
Frente a estos resultados que muestran un efecto positivo del proyecto hay otros menos auspiciosos. Se trata, por ejemplo, de la proporción de mujeres que hace una o más tareas de la casa conjuntamente con su pareja, (gráfico 19), que aunque ha aumentado ligeramente más en las comunidades contraparte (23.5 puntos porcentuales) que en las de control (19.3 puntos), la intensidad del cambio fue prácticamente igual en ambos tipos de comunidades. (Indicador 9 del cuadro 17). Por ello, en presencia del proyecto, no se aprecia un incremento mayor en las comunidades contraparte del porcentaje de mujeres que tiene el apoyo de su compañero para realizar las labores domésticas. (OR= 0.988).

Gráfico 19: Porcentaje de Mujeres que Hace Una o Más Tareas de la Casa Conjuntamente con su Pareja



Lo mismo ocurre con el porcentaje de mujeres que ha hablado con su pareja sobre el número de hijos que desean tener. Como se nota en el cuadro 17 (indicador 11.a), al incrementarse las cifras por igual (en 4.8 puntos porcentuales) en los dos tipos de comunidades, la diferencia (pre y post) observada en cada una se mantuvo, dando lugar a líneas paralelas que ilustran la tendencia del indicador tal como muestra el gráfico 20.

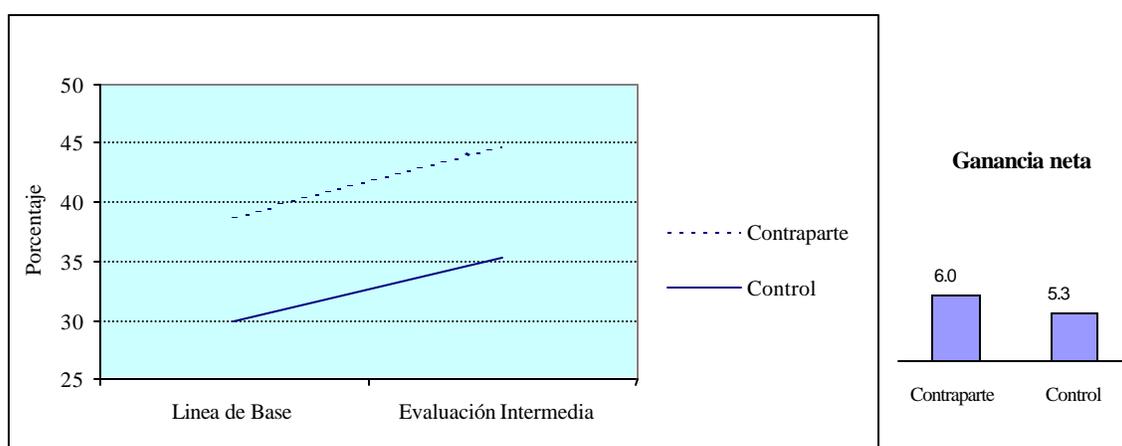
Gráfico 20: Porcentaje de Mujeres Unidas que ha Hablado con su Pareja Sobre el Número de Hijos que Desean Tener



En el cuadro 17 hay tres indicadores que miden de diferente manera los mismos temas y sus resultados son aparentemente, contradictorios. Según el indicador 7, el porcentaje de mujeres que decide con su pareja sobre relaciones sexuales, uso de anticonceptivos y número de hijos se ha incrementado en 9.2% entre los dos momentos de la medición. Según el indicador 11.a, el porcentaje de mujeres que ha hablado con su pareja sobre el número de hijos que desean tener ha aumentado sólo en un 4.8% y, finalmente, el porcentaje de mujeres que ha hablado con su pareja sobre planificación familiar ha subido apenas en 5%. Parecería inconsistente el hecho que un mayor número de mujeres decida sobre esos temas cuando el porcentaje de quienes hablan sobre los mismos no se ha elevado tanto. La confusión se debería a la construcción del indicador 11 que resume tres indicadores (mujeres que deciden sobre relaciones sexuales, o sobre métodos, o sobre número de hijos); mientras que los otros dos (indicadores 11.a y 13) miden, cada uno, un sólo tema. Para una mejor interpretación de los resultados y para evitar aparentes contradicciones, el indicador 11 debería ser desagregado en tres.

No ha variado el comportamiento de los varones al interior del hogar en lo que concierne al cuidado de los hijos cuando se enferman. El porcentaje de esposos o compañeros que ayuda a su mujer cuidando de los hijos cuando están enfermos ha aumentado en los dos tipos de comunidades, ligeramente más en las contraparte (6 puntos porcentuales) que en las de control (5.3 puntos), (indicador 5 del cuadro 17), pero esto no hace diferencia entre comunidades, lo cual se confirma con el valor de $OR=0.982$, que indica que la intervención no ha cambiado la conducta de los varones en este asunto en particular. La parecida intensidad de la variación se ilustra en el gráfico 21 que muestra la tendencia paralela de las dos líneas.

Gráfico 21: Porcentaje de Mujeres Unidas Cuya Pareja Ayuda Cuando los Niños se Enferman



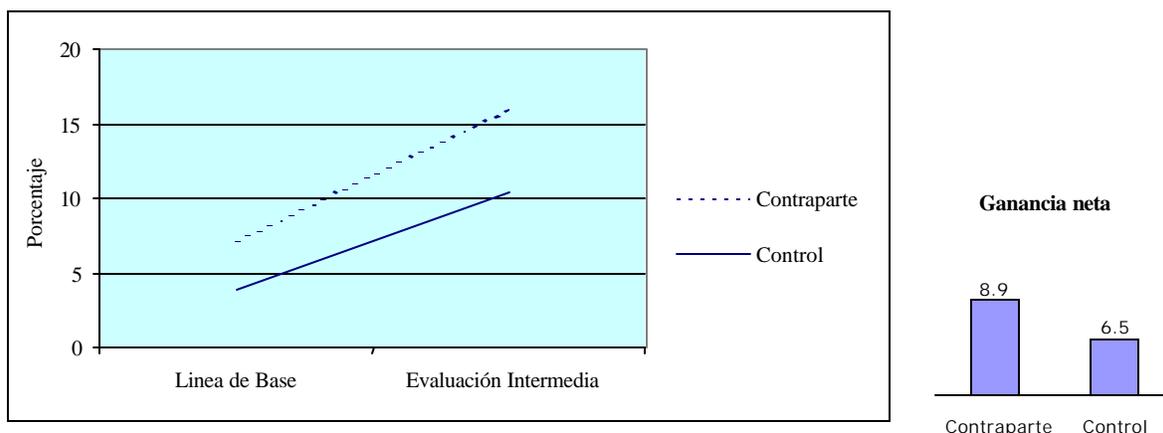
El parecido en la variación de la conducta de los padres en las comunidades estudiadas, podría deberse al trabajo del Ministerio de Salud que impide aislar los efectos del proyecto. Como se sabe, las políticas públicas del cuidado de la salud incluyen entre sus estrategias involucrar a la familia en el tratamiento y recuperación de los enfermos.

Los resultados erráticos de los indicadores del cuadro 17, con algunos de ellos variando a favor de las comunidades contraparte y otros permaneciendo en el mismo nivel y asemejándose a las comunidades control, puede deberse a que éstas, como se ha reiterado, era diferentes de las contraparte. Por otro lado, la tercera parte de la población entrevistada en la evaluación intermedia era nueva en la comunidad, y finalmente, las comunidades de comparación pueden haber tenido intervenciones que no se han documentado y que influyeron en las opiniones y prácticas de la población de esas comunidades.

Relaciones Familiares

Sólo con un indicador del Marco de Resultados puede ser tomado como una aproximación a este tema y es el que se presenta en el gráfico 21 y en el cuadro 18 referido al porcentaje de mujeres que ha hablado con sus hijos, mayores de 12 años, sobre relaciones de pareja y planificación familiar en los 12 meses anteriores a la entrevista. Dicho porcentaje aumentó en más del doble en las comunidades contraparte (de 7.1% a 16.0%), pero también lo hizo en las de control (de 3.9% a 10.4%). La ganancia neta de 8.9 puntos porcentuales en las primeras y de 6.5 puntos en las segundas no significaría mucho en realidad porque la intensidad del cambio fue mayor en las comunidades control en donde el porcentaje de mujeres que ha hablado con sus hijos sobre relaciones de pareja y planificación familiar se multiplicó por 1.67%; mientras que en las comunidades intervenidas lo hizo por 1.25%. El valor de $OR=0.845$, da cuenta que la presencia del proyecto no ha contribuido en este aspecto.

Gráfico 22: Porcentaje de Mujeres Unidas que ha Hablado con sus Hijos Sobre Relaciones de Pareja y Planificación Familiar en los Últimos 12 Meses



Cuadro 18: Relaciones Familiares

N°	Indicador	Comunidades Contraparte					Comunidades de Control				
		Línea de base	EI*	Diferencia	z	Sig. Est.	Línea de base	EI*	Diferencia	z	Sig. Est.
16	Porcentaje de mujeres unidas que ha hablado con sus hijos sobre relaciones de pareja y planificación familiar en los últimos 12 meses	7.1	16.0	8.9	-3.893	Sig 0.05	3.9	10.4	6.5	-3.352	Sig 0.05

*Evaluación Intermedia

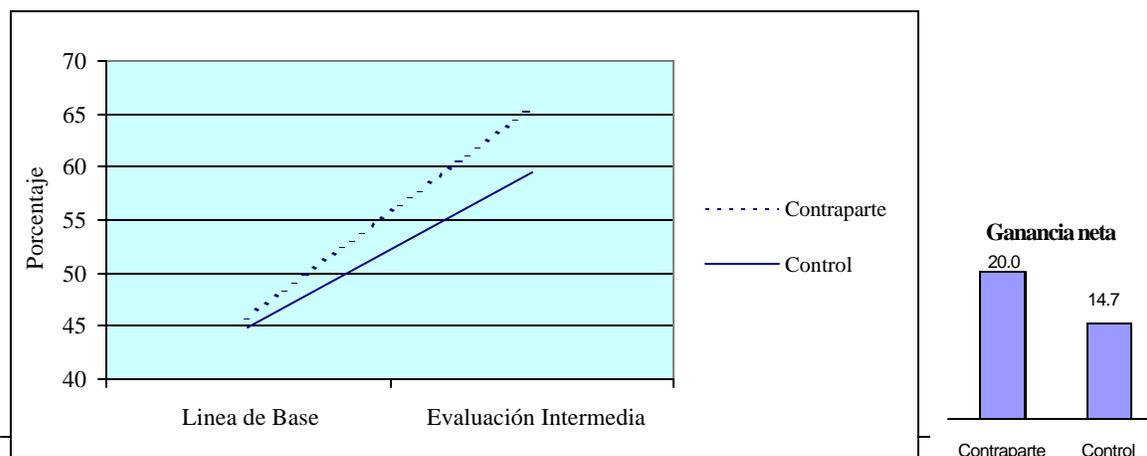
Empoderamiento

En aspectos de prácticas de empoderamiento las comunidades contraparte muestran logros interesantes, aunque algunos podrían contener algo de los sesgos iniciales de autoselección de las comunidades. Por lo que se ha podido ver, si bien eran bastante pobres, eran a la vez bastante mejor organizadas y, en cierta forma, con mejor información y conocimiento en aspectos de género y empoderamiento (por eso tenían OCBs más fuertes) que sus pares de la misma área geográfica de la cual se eligió la muestra de comunidades de control.

Conocimiento

De acuerdo a la información disponible, el proyecto ha conseguido mejorar la información de las mujeres sobre a dónde acudir para pedir ayuda en caso de ser agredidas físicamente. Gráfico 23. En las comunidades contraparte la cifra subió de 45.6% a 65.6%; mientras que en las de control lo hizo de 44.8% a 59.5%. (Indicador 16.a del cuadro 19). Como resultado, la ganancia neta del conocimiento fue de 20 puntos porcentuales en las primeras y de 14.7 puntos en las segundas, ambas significativas al 5%. El balance de los cambios relativos en cada tipo de comunidad revela que en presencia del proyecto, el conocimiento de las mujeres de las comunidades contraparte que sabe dónde conseguir ayuda para protegerse de cualquier agresor, aumentó en 8.3% más que en las de control. Cuadro 24.

Gráfico 23: Porcentaje de Mujeres que Sabe a Dónde Acudir a Pedir Ayuda o Consejo en caso de ser Golpeada

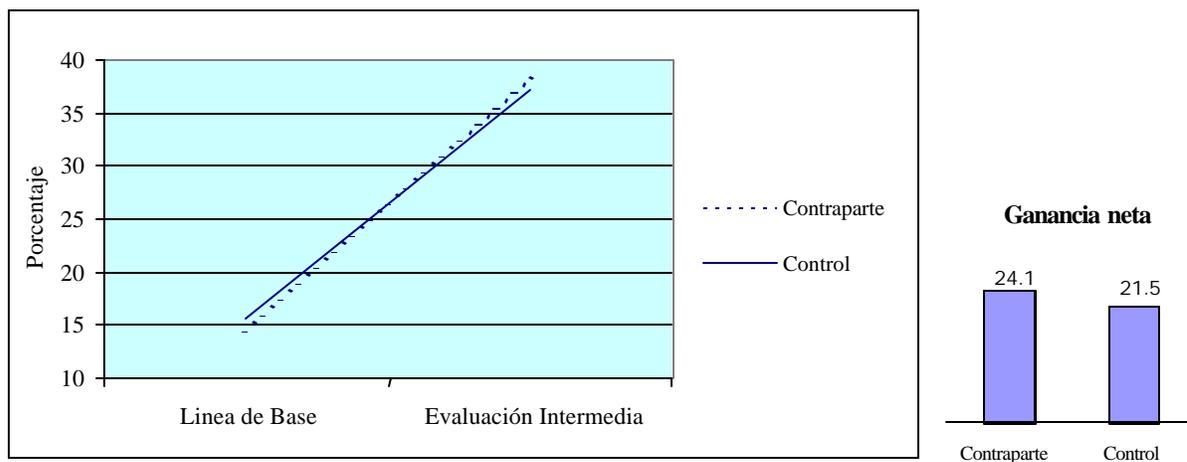


Actitudes

Esta mejora del conocimiento, se refleja en el incremento de la disposición para actuar en consecuencia. Después de la intervención, más del doble de mujeres de las comunidades contraparte del proyecto estaría dispuesta a ir a la policía o a las autoridades en caso que su marido las golpeará (14.3% versus 38.4%). Dicho porcentaje también se duplicó en las comunidades control (de 15.7% a 37.2%) y, en ambas, la variación experimentada por el indicador es significativa al 5%.

La ganancia neta es mayor (24.1 puntos porcentuales) en las comunidades contraparte que en las de control (21.5 puntos) y la intensidad del cambio también, aunque las líneas casi paralelas del gráfico 24 den otra impresión. (Véase los porcentajes de inicio y de medio término en el cuadro 19, indicador 14). En las comunidades contraparte, el porcentaje inicial de mujeres que acudiría a la policía a pedir ayuda se multiplicó por 1.69; mientras que en las de control lo hizo por 1.37. Cuadro 24. El balance entre estas cifras revela que como resultado de la intervención, la actitud positiva de las mujeres para defenderse se incrementó en 13% más en las comunidades contraparte.

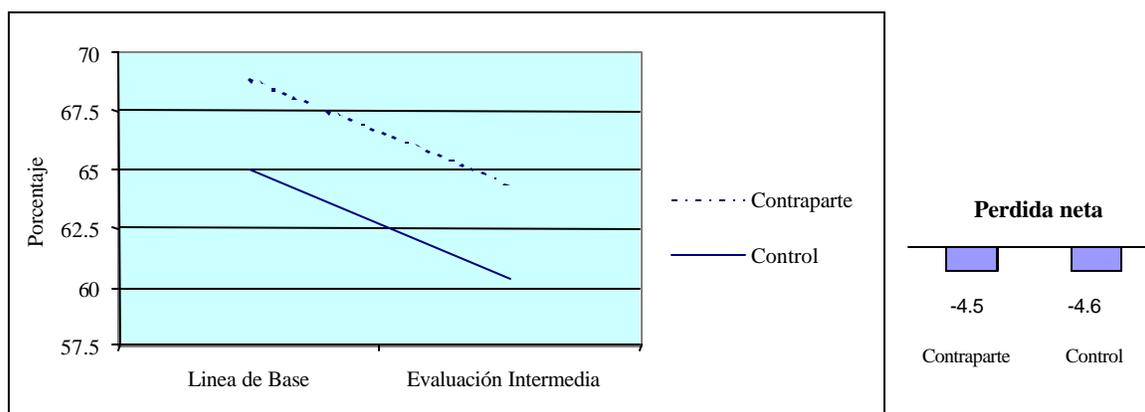
Gráfico 24: Porcentaje de Mujeres que Acudiría a Pedir Ayuda A la Policía-Autoridades si su Marido la Golpeará



Percepciones

En el rubro de opiniones en el tema de empoderamiento, el porcentaje de mujeres que está de acuerdo que la mujer se cuida para no tener hijos aunque su pareja se oponga ha disminuido como puede verse en el gráfico 25, tanto en las comunidades contraparte (de 68.9% a 64%), como en las comunidades control (de 65% a 58.7%) igualándose la pérdida neta, en ambos tipos de comunidades, en -4.5 puntos porcentuales, aproximadamente. Indicador 12 del cuadro 19.

Gráfico 25: Porcentaje Mujeres que Está de Acuerdo que la Mujer se Cuide Para no Tener mas Hijos Aunque su Pareja se Oponga



Esta opinión podría atribuirse al hecho que en las sesiones de capacitación se enfatizó aspectos sobre comunicación con la pareja y sobre la importancia que las decisiones sean tomadas de mutuo acuerdo. Pero la declinación también se produjo en las comunidades control a donde no llegaron las sesiones de capacitación de ReproSalud, quizás como producto del trabajo del Programa de Planificación Familiar del MINSA que subraya que la decisión sobre el uso de anticonceptivos sea tomada por la pareja. El valor de OR= 1.006 revela que la intervención no ha hecho diferencia en este aspecto entre las comunidades intervenidas y las de control.

Cuadro 19: Empoderamiento

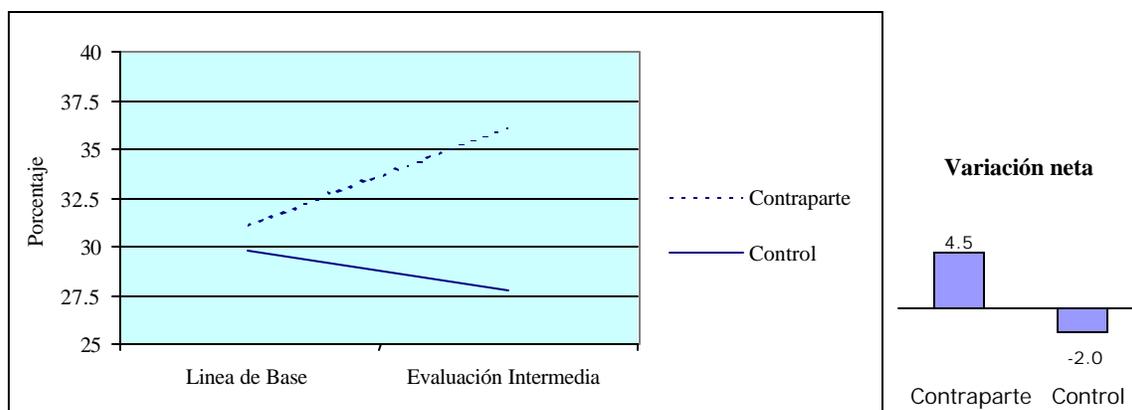
N°	Indicador	Comunidades Contraparte					Comunidades de Control				
		Línea de base	Eval. Inter*.	Diferencia	z	Sig. Est.	Línea de base	Eval. Inter*.	Diferencia	z	Sig. Est.
Conocimientos											
16.a	Porcentaje de mujeres que sabe a dónde acudir a pedir ayuda o consejo en caso de ser golpeada	45.6	65.6	20.0	-10.983	Sig 0.05	44.8	59.5	14.7	-7.737	Sig 0.05
Percepciones											
12	Porcentaje de mujeres que está de acuerdo que la mujer se cuide para no tener hijos aunque su pareja se oponga	68.9	64.4	-4.5	2.071	Sig 0.05	65.0	60.4	-4.6	2.056	Sig 0.05
Actitud											
14	Porcentaje de mujeres que acudiría a pedir ayuda a la policía-autoridades si su marido la golpease	14.3	38.4	24.1	-12.015	Sig 0.05	15.7	37.2	21.5	-10.691	Sig 0.05
Práctica											
6	% de mujeres unidas que decide en qué se gasta el dinero que ella gana	31.6	36.1	4.5	-2.596	Sig 0.05	29.8	27.8	-2.0	1.158	
12.1	% de mujeres que no tiene relaciones sexuales obligada o convencida	50.6	64.0	13.4	-5.852	Sig 0.05	55.4	58.7	3.3	-1.435	Sig 0.10

*Evaluación Intermedia

Prácticas

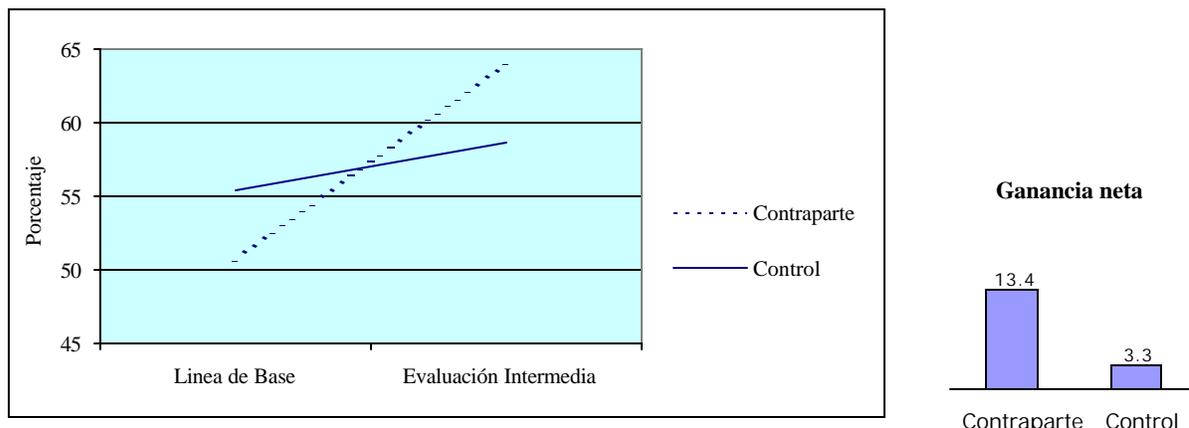
En contraste, cuando se trata de prácticas en temas de empoderamiento, la contribución del proyecto es importante. Por ejemplo, el porcentaje de mujeres que decide en que se gasta el dinero que ella gana, subió en las comunidades del proyecto (de 31.6% a 36.1%) y disminuyó en las de control (de 29.8% a 27.8%). Gráfico 26. (Indicador 6 del cuadro 19). La ganancia neta de las primeras fue de 4.5 puntos porcentuales y la pérdida neta de las segundas de 2 puntos porcentuales. El aporte del proyecto es ratificado por el valor de $OR=1.225$ que le atribuye al proyecto un 23% más de incremento en el porcentaje de mujeres de las comunidades intervenidas que decide qué hace con el dinero que ella gana.

Gráfico 26: Porcentaje de Mujeres que Decide en Qué se Gasta el Dinero que Ella Gana



Un cambio en el mismo sentido habría logrado el proyecto en la comprensión del derecho de las mujeres de no ser abusadas sexualmente por sus parejas y que se traduce en el incremento del porcentaje de quienes no tienen relaciones sexuales obligadas o convencidas. Gráfico 27. En las comunidades del proyecto dicha cifra aumento de 50.6% a 64%, cuando en las de control lo hizo apenas de 55.4% a 58.7%. (Indicador 12.a del cuadro 17). La ganancia neta observada de 13.4 puntos porcentuales y 3.3 puntos, respectivamente, es elocuente y revela un aspecto importante del aprecio que las mujeres de las comunidades con las que trabaja ReproSalud tienen de sí mismas. Los resultados probablemente muestran su capacidad de negociación con sus parejas en el tema de las relaciones sexuales. Lo dicho se corrobora por el balance de los cambios parciales, (cuadro 24), en los dos tipos de comunidades que atribuye a la intervención un incremento adicional positivo de 19.4% , en este indicador, en las comunidades intervenidas.

Gráfico 27: Porcentaje de Mujeres que no tiene Relaciones Sexuales Obligada o Convencida



Uso de servicios de salud

Algunos indicadores que revelan un mayor uso de servicios fueron comentados en la Sección B.1 de la Segunda Parte de este informe al examinar los logros en el Objetivo Estratégico. A continuación, indicadores adicionales serán analizados sobre las opiniones y actitudes de las mujeres así como sobre su práctica en lo que respecta al uso de servicios de salud.

Percepciones sobre la calidad de los servicios de salud

Las percepciones sobre los servicios de salud fueron indagadas preguntando a las entrevistadas si creen que la atención que brinda el establecimiento de salud más cercano, que se supone es al que acuden, son buenos (o muy buenos). Los datos muestran que, en general, las mujeres de las comunidades control tienen una percepción “más generosa” de la calidad de los servicios de salud cuando se refiere a la atención recibida por ella misma o por alguien a quien ella acompañó. Gráfico 28. En efecto, dicho porcentaje subió de 52.8% a 69.7%; mientras que en las comunidades contraparte lo hizo de 45.5% a 56.2%. (Indicador 26 del cuadro 20). Como resultado, la ganancia neta en las comunidades control fue de 16.9 puntos porcentuales; mientras que en las contraparte fue de 10.7 puntos.

Cuadro 20: Percepción de las Mujeres en Edad Fértil Sobre la Calidad de los Servicios de Salud

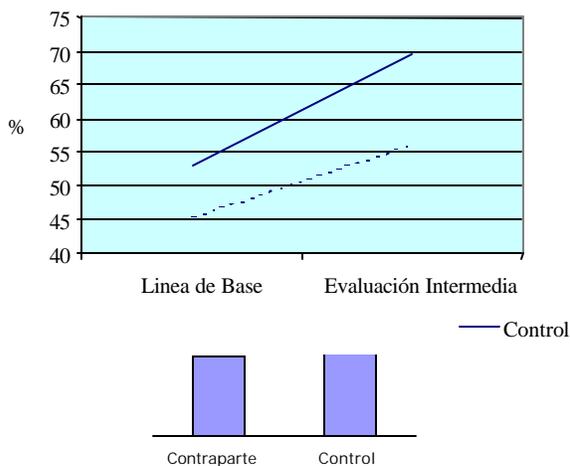
N°	Indicador	Comunidades Contraparte					Comunidades de Control				
		Línea de base	EI*	Diferencia	z	Sig. Est.	Línea de base	EI*	Diferencia	z	Sig. Est.
Percepciones											
26	Porcentaje de mujeres que cree que los servicios que brinda el establecimiento de salud más cercano son buenos (o muy buenos)	45.5	56.2	10.7	-5.107	Sig 0.05	52.8	69.7	16.9	-8.397	Sig 0.05
27	Porcentaje de mujeres que ha asistido a un establecimiento de salud para control pre natal y post parto y cree que los servicios que brinda el establecimiento más cercano son buenos (o muy buenos)	55.4	61.2	5.8	-1.450	Sig 0.10	67.8	69.3	1.5	-0.389	
Actitudes											
29	Porcentaje de mujeres unidas que iría a un establecimiento de salud en presencia de malestares que indican riesgo	42.6	71.6	29.0	-11.111	Sig 0.05	36.8	62.2	25.4	-10.678	Sig 0.05

*Evaluación Intermedia

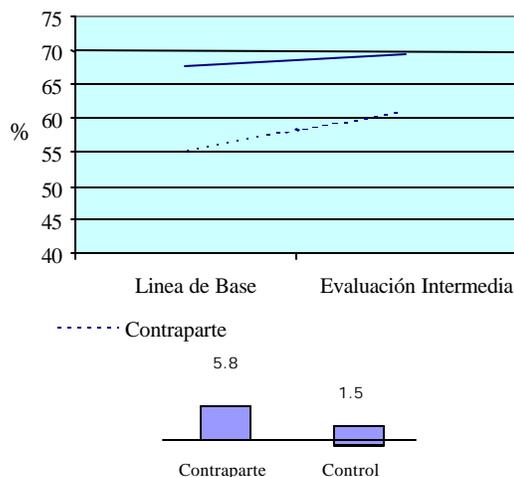
Cuando se formula la misma pregunta a las mujeres que acudieron a un hospital, centro o posta de salud para atenderse ellas mismas ya sea para control prenatal o para su chequeo post parto, se observa que la variación positiva del porcentaje de mujeres con una opinión favorable sobre los servicios de salud recibidos fue mayor en las comunidades contraparte (de 55.4% a 61.2%) que en las de control (de 67.8% a 69.3%). Estos aumentos dieron lugar a una ganancia neta de 5.8 puntos porcentuales en las comunidades contraparte y de 1.5 puntos en las de control. (Indicador 27 del cuadro 20).

Gráfico 28: Porcentaje de Mujeres que se Atendió:

Por cualquier malestar y cree que los servicios que brinda el establecimiento de salud más cercano son buenos



En el prenatal o en el post parto y cree que los servicios del establecimiento de salud más cercano son buenos



Los hallazgos podrían ser valorados en su dimensión de empoderamiento asociado a una sofisticación del juicio crítico de las mujeres sobre los servicios que reciben. Como se les enseñó qué es lo que deben esperar del servicio, es posible que al responder sobre la calidad de la atención en los establecimientos de salud, ellas hayan hecho una evaluación más objetiva de lo que reciben. (indicador 26, Cuadro 20).

Por su parte, el mayor incremento en las comunidades contraparte de la percepción positiva de los servicios de salud entre las mujeres que se atienden en el prenatal o en el post parto, (indicador 27 del Cuadro 20), traduciría un mejoramiento efectivo de los servicios de salud como resultado del trabajo del Ministerio de Salud para brindar atención de calidad en el área materno infantil²⁴, el cual pudo haber sido reforzado por el trabajo de las promotoras de ReproSalud que se acercaron a los proveedores de servicios buscando que ellos mejoren su relación con las pacientes.

El valor del OR para el indicador 26 (0.936) indica que no hubo aporte del proyecto, aunque si se acepta la hipótesis del refinamiento del juicio de las mujeres, esta medición podría no ser necesariamente negativa para el proyecto. Por su parte el OR=1.081 para el indicador 27, revela un incremento adicional, por efecto del proyecto, de 8% en las comunidades contraparte, de la percepción positiva sobre la calidad del servicio entre las mujeres que se atendieron por prenatal o post parto.

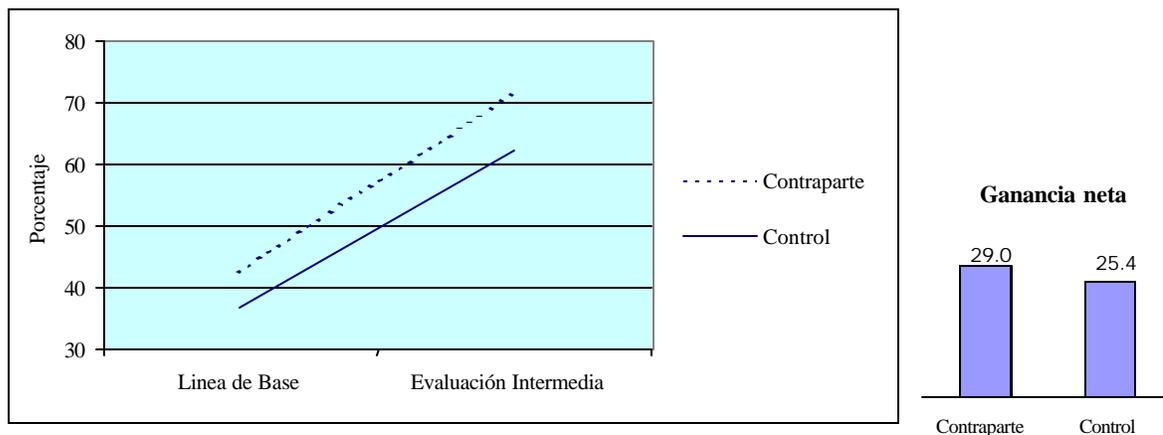
Actitudes: Disposición de las mujeres para acudir a los establecimientos de salud

En general, ya sea que la mujer vaya a un establecimiento de salud para hacerse tratar ella misma o acompañando a otra persona, después de un par de años mínimo de estar el proyecto en marcha, los datos muestran que casi el 60% de mujeres de salud de las comunidades contraparte y casi el 70% de las de control opina que los servicios son de buena calidad. En consonancia con esta percepción, su actitud para acudir a un establecimiento de salud es favorable y ha aumentado considerablemente, de 42.6% a 71.6%, entre las primeras y de 36.8% a 62.2% entre las segundas. En ambas, el incremento es significativo al 5%. La ganancia neta es de 29 puntos porcentuales en las comunidades contraparte y de 25.4 puntos en las de control. Cuadro 20, indicador 29, y gráfico 29.

La intensidad de la variación fue, sin embargo, superior entre las mujeres de las comunidades de control entre las que en la evaluación intermedia, el porcentaje de quienes irían a un establecimiento de salud aumentó en 76.4% respecto a la línea de base, mientras que en las comunidades contraparte lo hizo en 60.5%. El valor de OR de 0.936, da cuenta que el proyecto no tuvo un efecto en este indicador.

²⁴ El afán del MINSA es aumentar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de salud reproductiva y de planificación familiar para lo cual cuenta con ayuda de agencias de cooperación internacional incluidas La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID, las Naciones Unidas, la Agencia Británica de Cooperación Internacional, DfID, el Banco Mundial, y el Banco Interamericano de Desarrollo, entre otros.

Gráfico 29: Porcentaje de Mujeres Unidas que Iría a un Establecimiento de Salud en Presencia de Malestares que Indican Riesgo



Prácticas relacionadas con la salud

ReproSalud tiene el propósito de instituir en la población prácticas positivas de cuidado de la salud y crear en las mujeres un sentimiento de valoración de sí mismas y de mejoramiento de su autoestima. La idea es estimularlas a buscar atención profesional para el cuidado de su salud física y, por este medio, conseguir ese necesario balance entre salud física y mental que contribuya a mejorar su calidad de vida. Se pretende que las mujeres se preocupen por ellas mismas y no sólo por sus hijos, sus parejas o sus padres y madres como secularmente lo han venido haciendo.

1. Gasto en salud y visita a establecimientos de salud

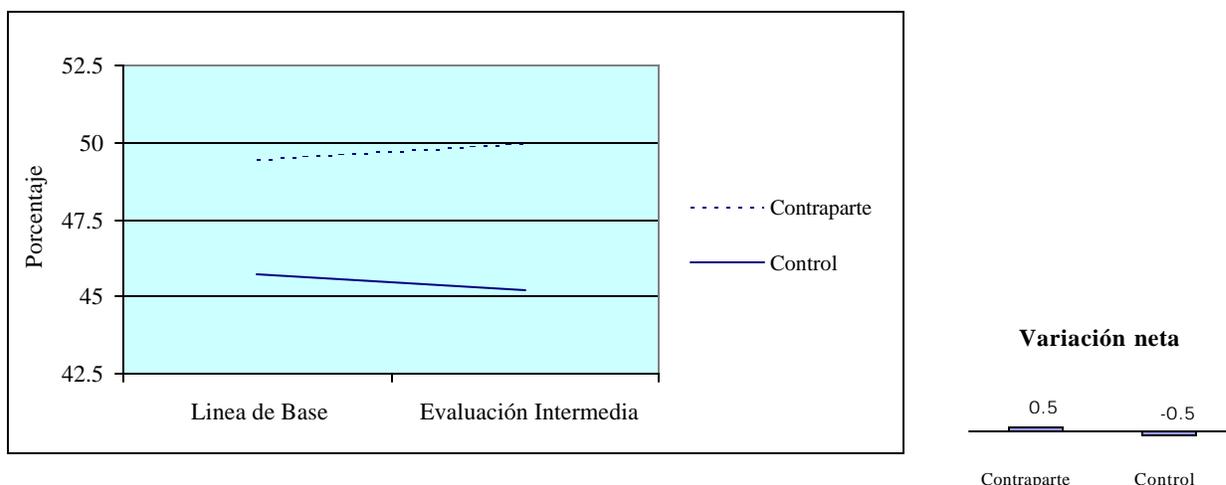
El proyecto eligió varios indicadores para medir esas prácticas en la población y ver si se han consolidado conforme el proyecto se implementa. Los resultados tampoco muestran logros del proyecto en esta área. Por ejemplo, tanto en las comunidades contraparte como en las de control, el porcentaje de mujeres que realizó algún gasto en su salud en los últimos 12 meses ha permanecido prácticamente invariable en torno a un 50% en las comunidades contraparte y a un 45% en las de control, (Indicador 33 del cuadro 21, y gráfico 30). En ninguna de ellas, la diferencia en los dos momentos es significativa y aunque el aumento en las comunidades contraparte y la disminución en las de control podrían sugerir una situación ventajosa en las primeras, el cambio es mínimo y no hace mucha diferencia entre ambos tipos de comunidades. Esto se confirma con el valor de $OR = 1.021$, que le atribuye al proyecto un efecto positivo de sólo 2% en este indicador.

Cuadro 21: Cuidado de la Salud por Profesional de Salud

N°	Indicador	Comunidades Contraparte					Comunidades de Control				
		Línea de base	EI*	Diferencia	z	Sig. Est.	Línea de base	EI*	Diferencia	z	Sig. Est.
Prácticas											
33	Porcentaje de mujeres que realizó algún gasto en su salud en los últimos 12 meses	49.5	50.0	0.5	-0.273		45.7	45.2	-0.5	0.241	
24	Porcentaje de mujeres que ha acudido a un establecimiento de salud para una consulta sobre salud reproductiva o para atención en planificación familiar	26.3	42.2	15.9	-9.187	Sig 0.05	22.5	39.7	17.2	-9.851	Sig 0.05

*Evaluación Intermedia

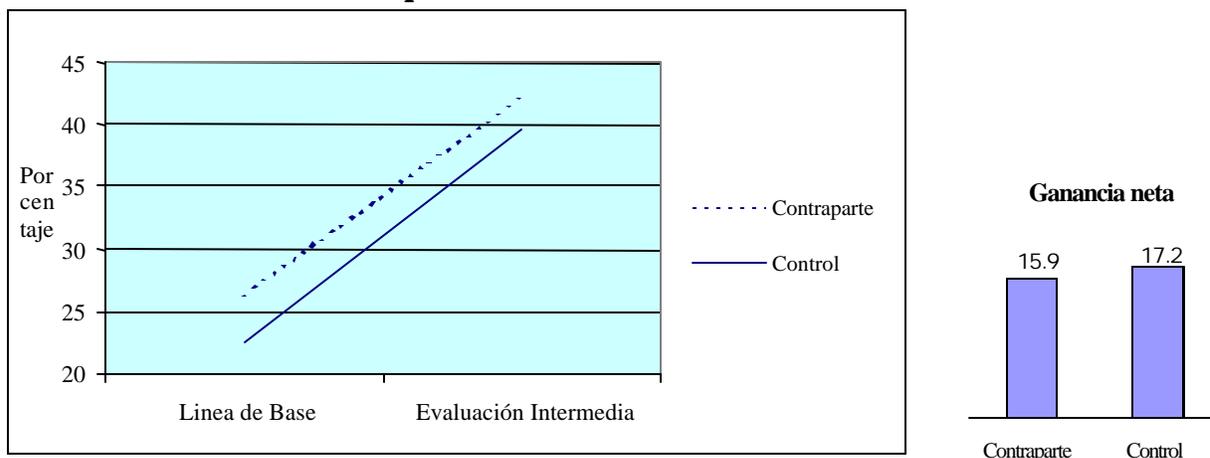
Gráfico 30: Porcentaje de Mujeres que Realizó Algún Gasto en su Salud en los Últimos 12 Meses



Por otro lado, el porcentaje de mujeres que ha acudido a un establecimiento de salud para consulta sobre salud reproductiva o para atención en planificación familiar ha aumentado ligeramente más en las comunidades de control (de 22.5% a 39.7%) que en las contraparte (de 26.3% a 42.2%), con lo que la ganancia neta es de 17.2 puntos porcentuales en las primeras y de 15.9 puntos en las segundas, gráfico 31. La variación observada en ambos tipos de comunidades es estadísticamente significativa al 5%. (Indicador 24 del cuadro 21). El valor de OR de 0.909 indica que la situación pre y post intervención fue la misma en ambos tipos de comunidades.

Al parecer, el trabajo del Ministerio de Salud a través de sus agentes comunitarios, campañas mediante clínicas móviles y atención en ferias regionales, que son acontecimientos que captan un gran número de clientes para el establecimiento, ha sido más efectivo en las comunidades control que en las contraparte y habría neutralizado el trabajo de ReproSalud cuyos efectos no han podido ser aislados con los indicadores propuestos.

Gráfico 31: Porcentaje de Mujeres que ha Acudido a un Establecimiento De Salud para una Consulta Sobre SSRR o PF



Las diferencias también podrían deberse a que las mujeres no encontraron buena acogida cuando fueron a buscar atención para tratarse de infecciones del tracto reproductivo o de otros problemas de salud reproductiva, como fue anotado durante las entrevistas para la evaluación de proceso. En esa ocasión, muchas mujeres se quejaron del tiempo de espera, del costo de la atención, del precio de los medicamentos, pero particularmente de no haber recibido los resultados del examen de Papanicolau.

Los hallazgos que se acaban de comentar, contrastan con el incremento notable del uso de servicios de salud para el control del embarazo y para el cuidado post parto, comentado en la sección B.1 de la segunda Parte de este informe.

2. Tratamiento de flujos vaginales o “regla blanca”

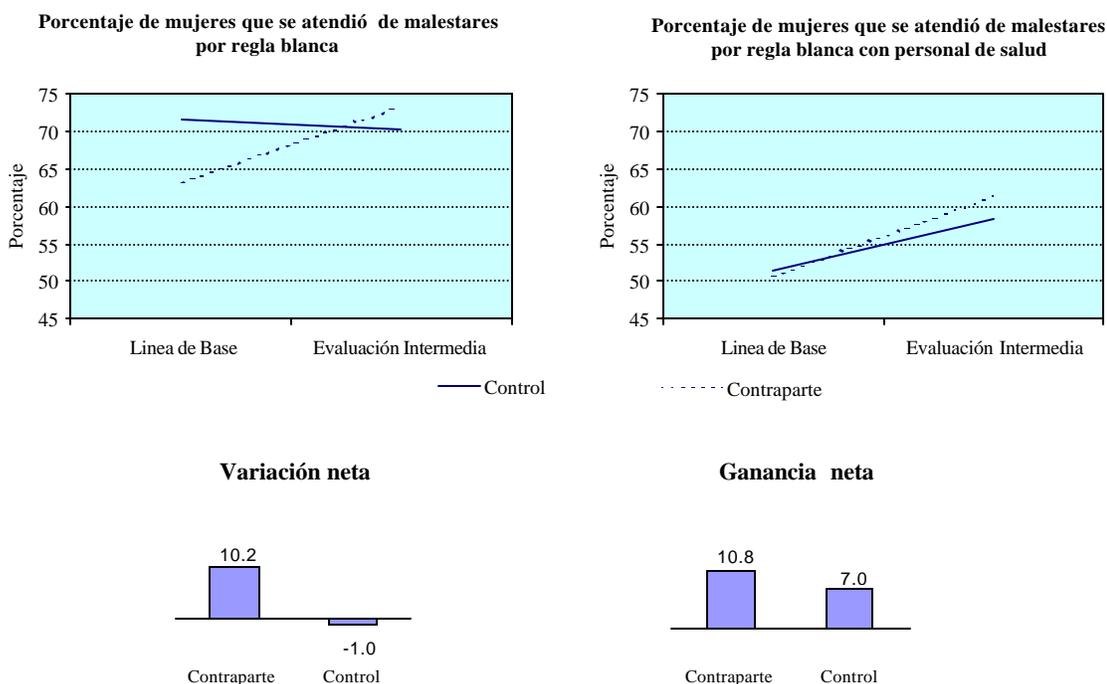
Como se ha mencionado, los descensos fueron reportados como el principal problema de salud reproductiva de las mujeres en el 36.6% de autodiagnósticos. Esto equivaldría a poco más de la tercera parte de comunidades participantes en el proyecto; mientras que en Ucayali fue catalogado como el más importante problema de la mujer en el 80% de comunidades, así como lo fue también en el 62% de comunidades de Ayacucho y en el 54% de las de Huancavelica.

A partir de esta apreciación y sufrimiento expresado por las propias mujeres, el proyecto empezó atendiendo este problema; procurando que entiendan cómo y por qué se produce, cómo se previene, cómo se trata, y particularmente buscando persuadir a quienes lo padecen que vayan a un establecimiento de salud a buscar atención profesional.

Los datos permiten conocer los porcentajes de mujeres que se han atendido con personal profesional y el de aquéllas que se ha hecho ver con personas empíricas. Los resultados del proyecto son importantes en este aspecto y traducen el esfuerzo de sus actividades concentrados en este problema. En efecto, el porcentaje de mujeres que se atendió por

flujos vaginales²⁵ en las comunidades contraparte aumentó de 63.2% a 73.4%; mientras que en las de control disminuyó de 71.5% a 70.5%. En consecuencia, la ganancia neta fue de 10.2 puntos porcentuales en el primer caso y de -1.0 puntos en el segundo. Gráfico 32. El valor de OR=1.178, indica que como resultado de la intervención, el porcentaje de mujeres que se hizo tratar por descensos se incrementó en 18% más en las comunidades intervenidas.

Gráfico 32



El porcentaje de quienes se atendieron con profesional subió menos. De 50.6% a 61.4% en las comunidades contraparte, (ganancia neta de 10.8 puntos), y de 51.4% a 58.4% en las de control, (ganancia neta de 7 puntos). Indicador 30.a del cuadro 22. El balance de los cambios parciales por tipo de comunidad indica que en las comunidades intervenidas el proyecto incrementó en casi un 7% más el porcentaje de mujeres que se hizo tratar por flujos vaginales con personal de salud, OR=1.068.

Los datos muestran que las mujeres de las comunidades contraparte se preocupan más cuando tienen descensos y lo hacen buscando servicios de salud formales o informales. Para ellas, en estos casos también vale la pena ir al curandero o al yerbero, que pueden ayudarles a mejorar los síntomas externos, aunque no a curar necesariamente el mal. El hecho de recurrir a la medicina tradicional es absolutamente legítimo aunque probablemente poco eficiente en caso de flujos vaginales anormales (no fisiológicos) que son producidos por bacterias, hongos, o virus que necesitan tratamiento específico, incluyendo antibacterianos, antifúngicos o antivirales. La medicina casera o tradicional

²⁵ Entre las mujeres que dijeron que sufrían de ese problema

puede ser eficiente cuando se trata de descensos fisiológicos que son normales y que ocurren, por ejemplo, post menstruación o durante el embarazo.

Cuadro 22: Atención de Malestares por Descenso o Flujo Vaginal

N°	Indicador	Comunidades Contraparte					Comunidades de Control				
		Línea de base	EI*	Diferencia	z	Sig. Est.	Línea de base	EI*	Diferencia	z	Sig. Est.
30	Porcentaje de mujeres que se atendió de malestares por regla blanca	63.2	73.4	10.2	-2.673	Sig 0.05	71.5	70.5	-1.0	0.257	
30.a	Porcentaje de mujeres que se atendió de malestares por regla blanca con personal de salud	50.6	61.4	10.8	-2.669	Sig 0.05	51.4	58.4	7.0	-1.637	Sig 0.10

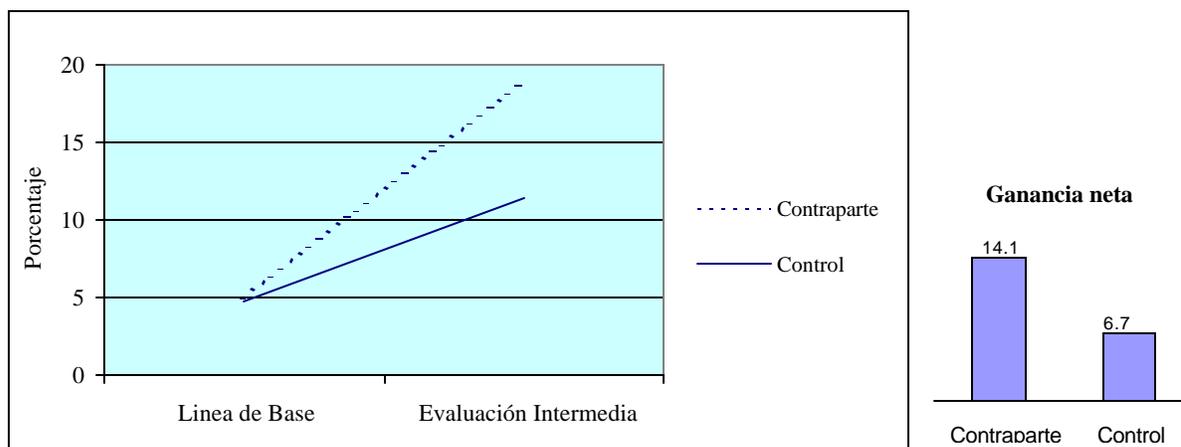
*Evaluación Intermedia

Autocuidado

Pero el objetivo de ReproSalud no era únicamente motivar a las mujeres a acudir a los servicios formales de salud sino también a que hagan uso de otras intervenciones de salud que pudieran beneficiarlas incluyendo el autocuidado. La premisa es que el sólo hecho de recurrir a una vecina o familiar para confiarle el padecimiento de alguna dolencia podría eventualmente, terminar en una atención profesional siguiendo una cadena de eventos y personas que desembocarían en un establecimiento de salud. Previa a la conducta concreta de autocuidado como una manifestación incipiente de cambios hacia un mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres, el proyecto valora como positivos el incremento del conocimiento de las mujeres sobre aspectos que tienen que ver con su salud.

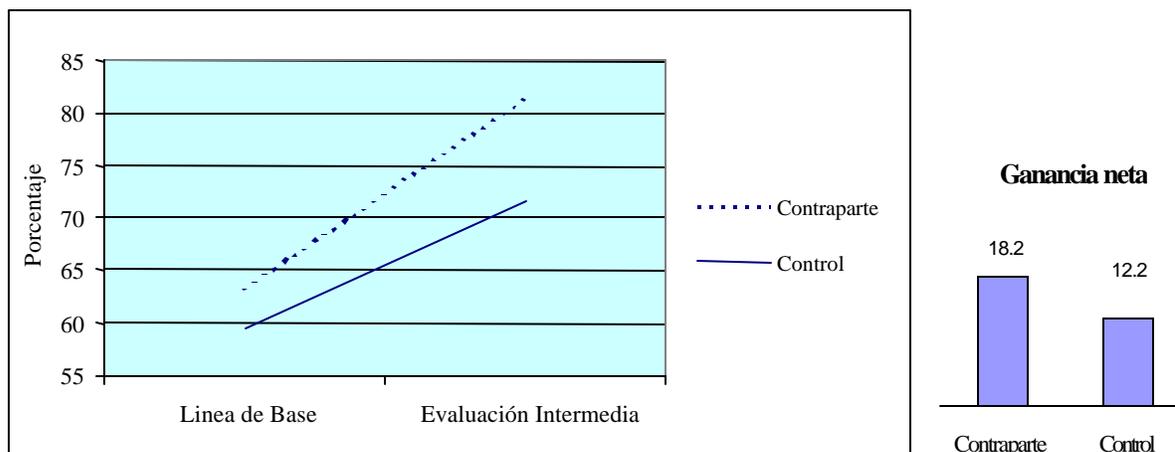
En ese entendido se presentan los indicadores del cuadro 23 cuyos valores muestran que el proyecto ha conseguido mejorar la información sobre salud reproductiva entre las mujeres que viven en las comunidades contraparte. Especialmente ha aumentado el porcentaje de quienes conocen cómo se contagia de regla blanca de 4.9% a 19%, lo que se traduce en una ganancia neta de 14.1 puntos porcentuales. En contraste, en las comunidades control el aumento fue menos acentuado: de 4.7% a 11.4%, con lo cual su ganancia neta fue de apenas 6.7 puntos. Como puede verse en el gráfico 33 y en el cuadro 23, los dos tipos de comunidades parten de valores prácticamente idénticos en torno a 4.7%, pero luego de la intervención las rectas se bifurcan advirtiéndose una diferencia importante en el segundo momento de la medición a favor de las comunidades contraparte. Como consecuencia, la ganancia atribuible al proyecto en el conocimiento de la forma de contagio de los descensos es bastante elevada, 60%.

Gráfico 33: Porcentaje de Mujeres que Sabe Cómo se Contagia de Regla Blanca



También se observa un aumento del conocimiento del examen de Papanicolau o de mamas entre las mujeres residentes de comunidades que participan en ReproSalud que sube en 18.2 puntos porcentuales (de 63.2% a 81.4%); mientras que entre las que viven en comunidades no intervenidas, sube en 12 puntos (de 59.6% a 71.8%). Indicador 43.a del cuadro 23 y gráfico 34. La contribución del proyecto al incremento de este en 7% al incremento de este indicador fue de 7%.

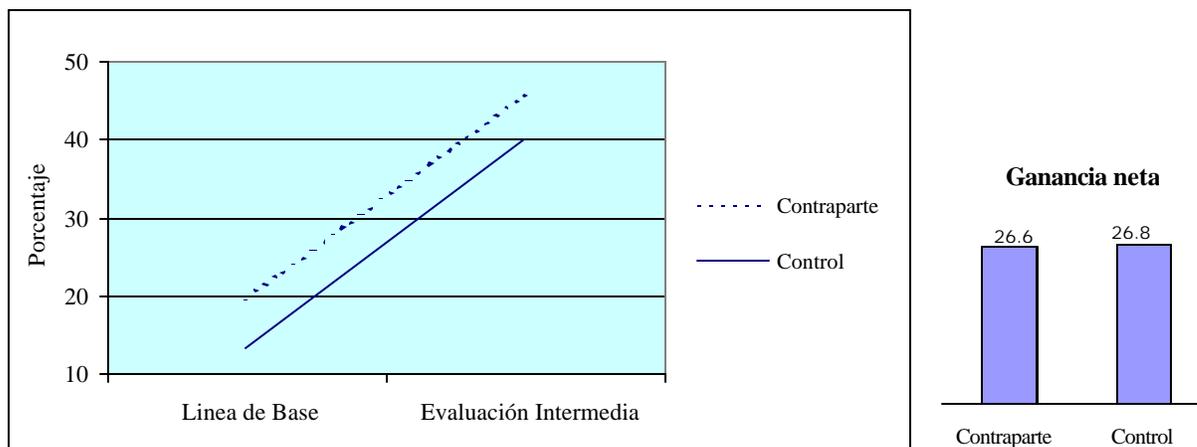
Gráfico 34: Porcentaje de Mujeres que ha Escuchado Sobre el Papanicolau o el Examen de Mamas



En cambio, el porcentaje de mujeres que puede identificar signos de alarma del embarazo y del post parto que las obligarían a buscar atención profesional ha experimentado un crecimiento similar (ganancia neta de 26.6%) en ambos grupos de comunidades que se ilustra mediante dos líneas paralelas en el gráfico 35. No obstante, cuando se examina los porcentajes de inicio y de medio término por tipo de comunidad, se tiene que el

cambio parcial fue mucho mayor en las comunidades de control (203%) que en las contraparte (137%). Por ello, el balance de los cambios parciales da un valor de OR de 0.782 que revela que no hubo un aporte del proyecto en este aspecto. De hecho, este indicador es aquél en el que el proyecto tuvo menos efecto de acuerdo al ranking que se presenta en el Cuadro 25.

Gráfico 35: Porcentaje de Mujeres Unidas que Conoce Signos de Alarma del Embarazo y del Postparto



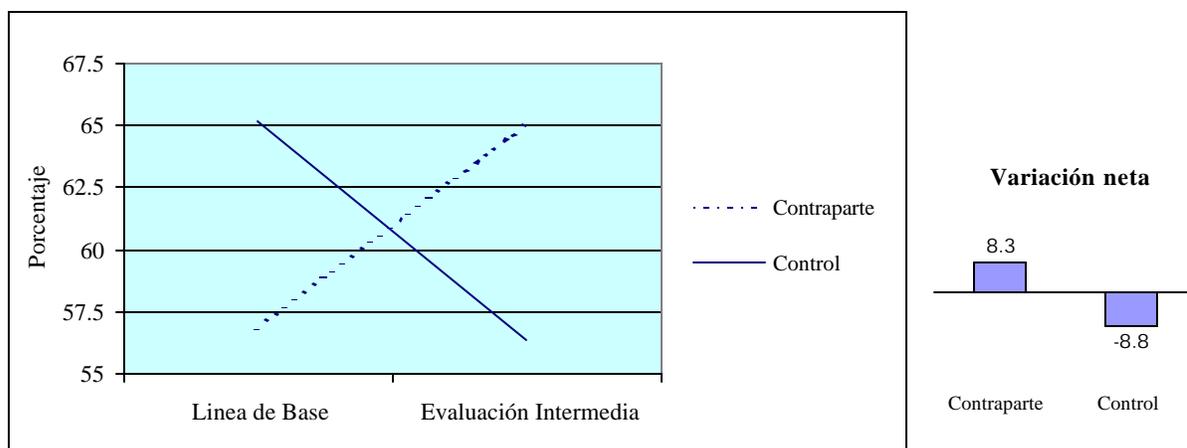
Cuadro 23: Autocuidado

N°	Indicador	Comunidades Contraparte					Comunidades de Control				
		Línea de base	EI*	Diferencia	Z	Sig. Est.	Línea de base	EI*	Diferencia	z	Sig. Est.
Conocimiento											
40	Porcentaje de mujeres unidas que conoce algún malestar del embarazo y del post parto que indican situación de riesgo	19.4	46.0	26.6	-12.428	Sig 0.05	13.2	40.0	26.8	-13.40	Sig 0.05
43	Porcentaje de mujeres que sabe cómo se contagia de regla blanca	4.9	19.0	14.1	-10.568	Sig 0.05	4.7	11.4	6.7	-5.448	Sig 0.05
43.a	Porcentaje de mujeres que ha escuchado sobre Papanicolau o el examen de mamas	63.2	81.4	18.2	-11.037	Sig 0.05	59.6	71.8	12.2	-6.732	Sig 0.05
Práctica											
32	Porcentaje de mujeres que cuidan su salud para sentirse bien	56.8	65.1	8.3	-4.368	Sig 0.05	65.2	56.4	-8.8	4.741	Sig 0.05

*Evaluación Intermedia

Hay un indicador del proyecto también diseñado para medir el aumento de la valoración positiva de la salud de la mujer dentro de los hogares y la comunidad, (RI 2.2), Se refiere al cuidado de la salud con el propósito de “sentirse bien”. Es difícil explicar las cifras que muestran un incremento en las comunidades contraparte (de 56.8% a 65.1%) y una caída en las de control (de 65.2% a 56.4%). Gráfico 36.

Gráfico 36: Porcentaje de Mujeres que Cuida su Salud Para Sentirse Bien



Es probable que las entrevistadas no hayan entendido la pregunta, pero también puede ser que efectivamente las mujeres de las comunidades contraparte que aprendieron a quererse a través de la capacitación, cuiden su salud “por sentirse bien” o para “estar sanas”. Pero la disminución en las comunidades control merecería una explicación.

D. RESUMEN DE LA VARIACIÓN EN LOS INDICADORES DEL MARCO DE RESULTADOS

Esta sección busca sintetizar los hallazgos respecto al cumplimiento del Objetivo Estratégico (OE) y de los Resultados Intermedios (RI) que se presentan en el cuadro 24, que contiene los indicadores enumerados correlativamente conforme a su versión original. Se ha incluido los seis indicadores creados para esta evaluación, así como los valores de inicio y de medio término para cada indicador y el valor de los Odds Ratio.

Las ganancias netas, comentadas e ilustradas en las secciones B y C de la Segunda Parte de este informe, miden el cambio en puntos porcentuales entre la línea de base y la evaluación intermedia y dan una idea interesante del beneficio de las comunidades contraparte como resultado de la intervención. Sin embargo, no permiten saber que tan diferentes son esas ganancias respecto a las que pudieran haberse producido también en las comunidades de comparación, especialmente porque se sabe que éstas son diferentes de las intervenidas. Por ello, en esta sección se intenta un análisis un poco más sofisticado, introduciendo cambios/incrementos relativos, (que se obtiene dividiendo el valor del indicador en la evaluación intermedia por el valor del indicador en la línea de base), y explicando la fuerza de la asociación entre esos cambios y el proyecto mediante el valor de los Odds Ratio, o razón de disparidad. (Cuadro 24).

De acuerdo a los datos, el Objetivo Estratégico del proyecto que busca que las mujeres incrementen la utilización de las intervenciones en salud reproductiva se ha cumplido cabalmente. En efecto, los indicadores definidos para medir su logro experimentaron en las comunidades intervenidas una variación en el sentido de la misión del proyecto. El incremento relativo de la atención profesional del embarazo fue de 50% en las comunidades intervenidas (versus 30% en las de control), el de la atención calificada del parto fue de 33% (frente a sólo 4% en las comunidades de control) y el de la prevalencia de uso de anticonceptivos de 23% (versus 7%). Por su parte la reducción de la demanda insatisfecha de planificación familiar fue de 34% (versus 19%).

Los valores de la Razón de Disparidad (OR) así lo confirman. En igualdad de condiciones, los valores de OR serían iguales a 1, pero en presencia de la intervención, todo lo que excede a la unidad le es atribuible a ésta. Efectivamente, el proyecto ha conseguido que la atención calificada del parto y el uso de anticonceptivos se hayan incrementado, cada una, en un 15% más en las comunidades contraparte, y que la atención del parto por profesional lo haya hecho en un 27% más. También ha disminuido la necesidad insatisfecha de planificación familiar en un 18% más en las comunidades contraparte que en las de control.

En lo que atañe al Resultado Intermedio 1 que busca que las mujeres tengan relaciones de género más equitativas con sus parejas y sus familias, los logros del proyecto se aprecian claramente en tres de sus seis indicadores. En las comunidades con las que trabaja ReproSalud, un 23% más de mujeres que en las comunidades control, decide en qué gasta el dinero que ella gana, un 13% más resuelve con su pareja sobre relaciones sexuales, métodos anticonceptivos y número de hijos, y un 11% más acuerda con su pareja hasta qué nivel de educación deben estudiar las hijas e hijos.

Frente a estos resultados, el proyecto no produjo variaciones en indicadores que miden la participación masculina en las labores domésticas. Así, las comunidades intervenidas y las no intervenidas están igualadas en cuanto al porcentaje de mujeres cuya pareja ayuda cuando los hijos se enferman, en el de aquéllas que hacen una o más tareas de la casa conjuntamente con su pareja, y en el de mujeres que ha hablado con su pareja sobre el número de hijos que desean tener. Esto último no es consistente con el incremento del porcentaje de mujeres que decide con su pareja, entre otras cosas, sobre el número de hijos. (Indicador 7 del Marco de Resultados).

Cuadro 24: Cambio Relativo Entre la Línea de Base (LB) y la Evaluación Intermedia (EI) para Cada Indicador del Marco de Resultados, y Estimaciones de los Valores de Odds Ratio

Indicadores	Comunidades						Odds Ratio
	Contraparte			Control			
	LB	EI	Cambio relativo	LB	EI	Cambio relativo	
OE: MUJERES INCREMENTAN LA UTILIZACIÓN DE INTERVENCIONES EN SALUDREPRODUCTIVA							
1.a % de mujeres que tuvo 4 o más controles con personal de salud durante el último embarazo ocurrido dos años antes de la encuesta	55.6	83.1	1.495	62.2	81.0	1.302	1.148
2. % de mujeres que atendió su último parto, ocurrido dos años de la encuesta, con personal de salud	36.1	48.0	1.330	40.9	42.7	1.044	1.274
3. % de mujeres unidas que usa algún método anticonceptivo	58.4	71.8	1.229	60.6	64.6	1.066	1.153
4. % de mujeres unidas con necesidad insatisfecha de planificación familiar (incluye a usuarias de ritmo que no conocen su período fértil)	48.4	37.3	0.771	50.1	46.9	0.936	0.823
4.1 % de mujeres unidas con necesidad insatisfecha de planificación familiar	27.1	17.9	0.661	26.1	21.1	0.808	0.817
RI 1: MUJERES TIENEN RELACIONES DE GÉNERO MÁS EQUITATIVAS CON SUS PAREJAS Y SUS FAMILIAS							
5. % de mujeres unidas cuya pareja ayuda cuando los niños se enferman	38.7	44.7	1.155	30.0	35.3	1.177	0.982
6. % de mujeres que decide en qué se gasta el dinero que gana ella.	31.6	36.1	1.142	29.8	27.8	0.933	1.225
7. % de mujeres que decide conjuntamente con su pareja sobre relaciones sexuales, métodos anticonceptivos y número de hijos	23.7	32.9	1.388	22.6	27.8	1.230	1.129
9. % de mujeres que hace una o más tareas en su casa conjuntamente con su pareja	23.2	46.7	2.013	18.6	37.9	2.038	0.988
11. % de mujeres que decide conjuntamente con su pareja hasta que nivel de educación deben estudiar hijas e hijos	57.4	64.0	1.115	57.8	58.0	1.003	1.111
11.a % de mujeres unidas que ha hablado con su pareja sobre el número de hijos que desean tener	67.8	72.6	1.071	69.3	74.0	1.068	1.003
RI 1.1: MUJERES FORTALECEN SUS HABILIDADES PARA CONSEGUIR CAMBIOS EN SUS RELACIONES DE GÉNERO							
12. % de mujeres que está de acuerdo que la mujer decida cuidarse aún cuando la pareja se oponga	68.9	64.4	0.935	65.0	60.4	0.929	1.006
12.1 % de mujeres que no tiene relaciones sexuales obligada o convencida	50.6	64.0	1.265	55.4	58.7	1.060	1.194
13. % de mujeres que ha hablado con su pareja muy a menudo sobre PF en los últimos 12 meses	15.2	20.3	1.336	11.4	14.1	1.237	1.080
14. % de mujeres que acudiría a pedir ayuda a la policía- autoridades si su marido la golpease	14.3	38.4	2.685	15.7	37.2	2.369	1.133
16. % de mujeres que ha hablado muy a menudo con sus hijos sobre relaciones de pareja y planificación familiar en los últimos 12 meses	7.1	16.0	2.254	3.9	10.4	2.667	0.845
16.a % de mujeres que sabe a dónde acudir a pedir ayuda o consejo en caso de ser golpeadas	45.6	65.6	1.439	44.8	59.5	1.328	1.083
RI 1.2: Aumento de actitudes positivas de los varones en su relación con las mujeres y la familia							
17. % de varones que cree que a la mujer no se le puede golpear en ningún caso	57.4	64.0	1.115	58.8	63.0	1.071	1.041

EVALUACIÓN DE IMPACTO DE MEDIO TÉRMINO DEL PROYECTO REPROSALUD

Indicadores	Comunidades						Oddb Rario
	Contraparte			Contol			
	Pre	Post	Cambio Relativo	Pre	Post	Cambio Relativo	
18. % de varones que cree que el hombre no tiene derecho a exigir relaciones sexuales cuando la mujer no quiere	84.6	91.5	1.082	88.8	91.8	1.034	1.046
RI 1.3: MUJERES INCREMENTAN EL CONOCIMIENTO SOBRE LA SITUACIÓN DE GÉNERO							
19. % de mujeres que cree que el trabajo que realizan es igual de importante que el trabajo que realiza su pareja	51.4	57.8	1.125	48.4	55.2	1.140	0.986
19.1 % de varones que cree que el trabajo que realizan es igual de importante que el trabajo que realiza su pareja	52.1	69.8	1.340	55.9	68.3	1.222	1.097
20. % de mujeres que cree que el trabajo del hogar es igual de importante que el trabajo de su esposo	33.7	44.1	1.309	30.2	42.7	1.414	0.926
20.1 % de varones que cree que el trabajo que realiza su esposa en el hogar es igual de importante que el trabajo de su esposo	36.2	47.4	1.309	33.3	47.9	1.438	0.910
21. % de mujeres que cree que las hijas y los hijos deben estudiar hasta el mismo nivel	86.7	91.9	1.060	94.5	89.6	0.948	1.118
21.1 % de varones que cree que las hijas y los hijos deben estudiar hasta el mismo nivel	89.1	91.4	1.026	91.6	90.9	0.992	1.034
RI 2: MUJERES CON MAYOR CAPACIDAD PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA							
24. % de mujeres que ha acudido a un establecimiento de salud para una consulta sobre salud reproductiva o para atención en planificación familiar	26.3	42.2	1.605	22.5	39.7	1.764	0.909
RI 2.1: MUJERES MEJORAN SUS CAPACIDADES COMO CONSUMIDORAS FINALES DE SERVICIOS FORMALES DE SALUD							
26. % de mujeres que cree que los servicios que brinda el establecimiento de salud más cercano son buenos (o muy buenos)	45.5	56.2	1.235	52.8	69.7	1.320	0.936
27. % de mujeres que ha asistido a un establecimiento de salud para control prenatal y postparto y cree que los servicios que brinda el establecimiento más cercano son buenos (o muy buenos)	55.4	61.2	1.105	67.8	69.3	1.022	1.081
RI 2.2: AUMENTO DE LA VALORACIÓN POSITIVA DE LA SALUD DE LA MUJER DENTRO DE LOS HOGARES Y LA COMUNIDAD							
29. % de mujeres unidas que iría a un establecimiento de salud en presencia de malestares que indican riesgo.	42.6	71.6	1.681	36.8	62.2	1.690	0.994
30. % de mujeres que se atendió de los malestares por regla blanca	63.2	73.4	1.161	71.5	70.5	0.986	1.178
30.a % de mujeres que se atendió de los malestares por regla blanca con personal de salud	50.6	61.4	1.213	51.4	58.4	1.136	1.068
32. % de mujeres que cuida su salud para sentirse bien	56.8	65.1	1.146	65.2	56.4	0.865	1.325
33. % de mujeres que realizó algún gasto en su salud en los últimos 12 meses	49.5	50.0	1.010	45.7	45.2	0.989	1.021
RI 2.6: MUJERES INCREMENTAN EL CONOCIMIENTO SOBRE SUS NECESIDADES DE SALUD REPRODUCTIVA							
38. % de mujeres unidas que sabe cómo funciona al menos un método moderno	13.5	55.5	4.111	14.9	31.9	2.141	1.920
39. % de mujeres usuarias de ritmo que conocen los días fértiles del ciclo	22.5	28.3	1.258	24.0	24.1	1.004	1.253
40. % de mujeres unidas que conoce algún malestar del embarazo y del post parto que indican situación de riesgo	19.4	46.0	2.371	13.2	40.0	3.030	0.782
43. % de mujeres que conoce cómo se contagia de regla blanca	4.9	19.0	3.878	4.7	11.4	2.426	1.599
43.a % porcentaje de mujeres que ha escuchado sobre Papanicolau o el exámen de mamas	63.2	81.4	1.288	59.6	71.8	1.205	1.069
43.b % porcentaje de mujeres que piensa que mientras una mujer está dando de lactar es difícil que quede embarazada	34.0	56.3	1.656	30.9	46.9	1.518	1.091

Respecto al Resultado Intermedio 1.1, cuyo afán es que las mujeres fortalezcan sus habilidades para conseguir cambios en sus relaciones de género, los datos muestran logros importantes en algunos y modestos o ninguno en otros. En cuanto a los primeros, en las comunidades contraparte, la intervención ha incrementado en 19% más el porcentaje de mujeres que no tiene relaciones sexuales obligadas o convencidas y en 13% más el de las mujeres que acudiría a pedir ayuda a las autoridades si su marido la golpease. Logros moderados se nota en el incremento –en 8% más respecto a las comunidades de control- del porcentaje de mujeres que ha hablado con su pareja sobre planificación familiar²⁶ y en el de mujeres que sabe a dónde acudir para pedir ayuda o consejo en caso de ser agredidas, que también se incrementó en 8% más. El proyecto no afectó el porcentaje de mujeres que está de acuerdo que la mujer decida cuidarse aunque su pareja se oponga, y en el de aquéllas que han hablado con sus hijos sobre relaciones de pareja y planificación familiar.

Los logros en el Resultado Intermedio 1.2 cuyo propósito es aumentar las actitudes positivas de los varones en su relación con las mujeres y la familia, son bajos. La intervención ha incrementado apenas en un 4% el porcentaje de varones que cree que a la mujer no se le puede golpear en ningún caso y el de aquéllos que creen que el hombre no tiene derecho a exigir relaciones sexuales si la mujer no quiere.

Por su parte, los logros en el Resultado Intermedio 1.3 que busca que las mujeres incrementen su conocimiento sobre la situación de género, han sido moderados en dos indicadores: el porcentaje de mujeres que cree que sus hijas e hijos deben estudiar hasta el mismo nivel que gracias a la intervención aumentó en 12% más en las comunidades contraparte, y el porcentaje de varones que cree que el trabajo que realizan es igual de importante que el que de su pareja que se incrementó en un 10% más en las comunidades intervenidas. El logro fue bajo (3%) en el aumento del porcentaje de varones que cree que las hijas e hijos deben estudiar hasta el mismo nivel. El proyecto no ha tenido efecto en el crecimiento de la valoración del trabajo femenino por parte de las mujeres y, contradictoriamente²⁷, en el del porcentaje de varones que cree que el trabajo que realiza su esposa en el hogar es igual de importante que el trabajo del esposo. Al parecer, los varones valoran positivamente el trabajo femenino cuando es realizado fuera del hogar.

No es posible concluir sobre el Resultado Intermedio 2 que tiene como propósito lograr mujeres con mayor capacidad para acceder a los servicios de salud, debido a que en el Marco de Resultados no se ha identificado indicadores para medir su cumplimiento. En esta evaluación se definió uno, que puede no ser el más apropiado y según el cual, el proyecto no habría hecho diferencia en las comunidades intervenidas respecto a las de comparación en el porcentaje de mujeres que ha acudido a un establecimiento de salud para consulta sobre salud reproductiva o para atención en planificación familiar. Estos hallazgos no guardan relación con los incrementos notables de la atención del embarazo y

²⁶ lo cual no guarda relación con el mejor logro comentado para el indicador 7 que incluye, entre otras cosas, el haber hablado con su pareja sobre métodos anticonceptivos

²⁷ Porque se vio un efecto moderado del proyecto en el porcentaje de varones que cree que el trabajo que realizan es igual de importante que el de su pareja

del parto por profesional de salud y en el aumento también importante del uso de anticonceptivos, revisados al comentar el cumplimiento del Objetivo Estratégico.

En cuanto al resultado Intermedio 2.1 que busca que las mujeres incrementen sus capacidades como consumidoras finales de servicios formales de salud, los resultados de los indicadores que miden la valoración de la calidad de los servicios de salud del establecimiento más cercano, son difíciles de interpretar porque parecen más apropiados para medir empoderamiento en cuyo caso se apreciaría en ellos, un efecto positivo del proyecto.

Respecto al Resultado Intermedio 2.2 que persigue un aumento de la valoración positiva de la salud de la mujer dentro de los hogares y la comunidad, los logros son significativos en un par de casos. En virtud del proyecto, las mujeres que cuidan su salud para sentirse bien se incrementó en un 32% más en las comunidades intervenidas respecto a las de control, y en 18% más en aquéllas que se atendieron de malestares por regla blanca. Pero el porcentaje de quienes se atienden por este problema con personal de salud se incrementó sólo en 6.8% más. El proyecto no ha afectado el porcentaje de mujeres que acudiría a un establecimiento de salud en presencia de malestares que indican riesgo, y ha tenido un efecto bastante bajo en el de mujeres que ha realizado algún gasto en su salud en los últimos 12 meses.

Finalmente, los logros observados en el Resultado Intermedio 2.6 que pretende que las mujeres incrementen su conocimiento sobre sus necesidades de salud reproductiva, han sido, en términos generales, importantes con excepción del porcentaje de mujeres unidas que conoce algún malestar del embarazo y del post parto que indican riesgo, el cual no fue modificado por el proyecto. Pero en los otros indicadores los logros son sorprendentes. Particularmente en el porcentaje de mujeres que conoce cómo funciona por lo menos un método moderno que por la intervención se incrementó en un 92% más en las comunidades contraparte respecto a las de control; en el porcentaje de mujeres que conoce cómo se contagia de regla blanca que se incrementó en un 60% más, y en el porcentaje de mujeres que conocen los días fértiles del ciclo que subió en un 25% más. En el ordenamiento jerárquico de los indicadores de mayor a menor efecto del proyecto, estos tres son el primer, el segundo y el quinto de mayor impacto, respectivamente. (Cuadro 25). Logros modestos ha tenido el proyecto en el porcentaje de mujeres que ha escuchado sobre el examen de Papanicolau o el de mamas que se incrementó en 7% más en virtud de la intervención, y en el de mujeres que piensan que cuando una mujer está dando de lactar es difícil que quede embarazada.

Como se ha visto, el Objetivo Estratégico de ReproSalud se ha cumplido al haber aumentado notablemente los indicadores propuestos para su medición. Los logros en los Resultados Intermedios son variados con un incremento importante en algunos indicadores, con logros moderados en otros, y modestos en algunos. Hay también indicadores en los cuales el proyecto no ha tenido efecto.

Respecto al cumplimiento del Objetivo Estratégico (que se mide básicamente con indicadores de uso de los servicios de salud), el incremento del uso de anticonceptivos y

la disminución de la demanda insatisfecha de planificación familiar es consistente con el logro en indicadores que lo alimentan por ejemplo, el increíble aumento del porcentaje de mujeres que sabe cómo funciona por lo menos un método moderno, del conocimiento de los días fértiles del ciclo, del porcentaje de mujeres que no tiene relaciones sexuales obligada o convencida, y el incremento, un poco menor, que en los indicadores antes citados, del porcentaje de mujeres que piensa que cuando una mujer está dando de lactar es difícil que quede embarazada, entre otros. Pero el notable aumento de la atención profesional del embarazo y del parto es difícil de ser apoyado con la misma solidez con los indicadores propuestos.

En efecto, de acuerdo al ranking realizado de los indicadores de mayor a menor impacto del proyecto y que se presenta en el cuadro 25, dos indicadores en los cuales el proyecto no ha tenido efecto son: el porcentaje de mujeres que ha acudido a un establecimiento de salud para una consulta en salud reproductiva o en planificación familiar, y el de aquéllas que acudiría a un establecimiento de salud en presencia de malestares que indican riesgo. Por otro lado, el efecto es mínimo en el porcentaje de mujeres que ha efectuado un gasto en su salud en los últimos 12 meses, aunque esto podría explicarse porque la atención prenatal y del parto es gratuita en los establecimientos públicos de salud.

Cuadro 25: Indicadores del Marco de Resultados ordenados de mayor a menor efecto del proyecto de acuerdo a los valores de los Odds Ratio

INDICADORES	GANANCIA NETA, EN PUNTOS PORCENTUALES, ENTRE LA LÍNEA DE BASE Y LA EVALUACIÓN INTERMEDIA		ODDS RATIO
	CONTRAPARTE	CONTROL	
Odds Ratio de 1.199 a 1.999			
38. % de mujeres unidas que sabe cómo funciona al menos un método moderno	42.0	17.0	1.920
43. % de mujeres que conoce cómo se contagia de regla blanca	14.1	6.7	1.599
32. % de mujeres que cuida su salud para sentirse bien	8.3	-8.8	1.325
2. % de mujeres que atendió su último parto, ocurrido dos años antes de la encuesta, con personal de salud	11.9	1.8	1.274
39. % de usuarias de ritmo que conoce los días fértiles del ciclo	5.8	0.1	1.253
6. % de mujeres que decide en qué se gasta el dinero que gana ella.	4.5	-2.0	1.225
4.1 % de mujeres unidas con necesidad insatisfecha de planificación familiar	-9.2	-5.0	0.817
4. % de mujeres unidas con necesidad insatisfecha de planificación familiar (incluye a usuarias de ritmo que no conocen su período fértil)	-11.2	-3.2	0.823
Odds Ratio de 1.100 a 1.198			
12.1 % de mujeres que no tiene relaciones sexuales obligada o convencida	13.4	3.3	1.194
30. % de mujeres que se atendió de los malestares por regla blanca	10.2	-1.0	1.178
3. % de mujeres unidas que usa algún método anticonceptivo	13.4	4.0	1.153
1.a % de mujeres que tuvo 4 o más controles con personal de salud durante el último embarazo ocurrido dos años antes de la encuesta	27.5	18.8	1.148
14. % de mujeres que acudiría a pedir ayuda a la policía -autoridades si su marido la golpease	24.1	21.5	1.133
7. % de mujeres que decide conjuntamente con su pareja sobre relaciones sexuales, métodos anticonceptivos y número de hijos	9.2	5.2	1.129
21. % de mujeres que cree que las hijas y los hijos deben estudiar hasta el mismo nivel	5.2	-4.9	1.118
11. % de mujeres que decide conjuntamente con su pareja hasta qué nivel de educación deben estudiar hijas e hijos	6.6	0.2	1.111
Odds Ratio de 1.050 a 1.099			
19.1 % de varones que cree que el trabajo que realizan es igual de importante que el .trabajo que realiza su pareja	17.7	12.4	1.097
43.b % porcentaje de mujeres que piensa que mientras una mujer está dando de lactar es difícil que quede embarazada	22.3	16.0	1.091
16.a % de mujeres que sabe a dónde acudir para pedir ayuda o consejo en caso de ser golpeadas	20.0	14.7	1.083
27. % de mujeres que ha asistido a un establecimiento de salud para control prenatal y de postparto y cree que los servicios que brinda el establecimiento más cercano son buenos o muy buenos	5.8	1.5	1.081

III RESULTADOS

Indicadores	GANANCIA NETA, EN PUNTOS PORCENTUALES, ENTRE LA LÍNEA DE BASE Y LA EVALUACIÓN INTERMEDIA		Odds Ratio
	CONTRAPARTE	CONTROL	
13. % de mujeres que ha hablado con su pareja muy a menudo sobre planificación familiar en los últimos 12 meses	5.1	2.7	1.080
43.a % porcentaje de mujeres que ha escuchado sobre Papanicolau o el examen de mamas	18.2	12.2	1.069
30.a % de mujeres que se atendió de los malestares por regla blanca con personal de salud	10.8	7.0	1.068
Odds Ratio de 1 a 1.049			
18. % de varones que cree que el hombre no tiene derecho a exigir relaciones sexuales cuando la mujer no quiere	6.9	3.0	1.046
17. % de varones que cree que a la mujer no se le puede golpear en ningún caso	6.6	4.2	1.041
21.1 % de varones que cree que las hijas y los hijos deben estudiar hasta el mismo nivel	2.3	-0.7	1.034
33. % de mujeres que realizó algún gasto en su salud en los últimos 12 meses	0.5	-0.5	1.021
12. % de mujeres que está de acuerdo que la mujer decida cuidarse aún cuando la pareja se oponga	-4.5	-4.6	1.006
11.a % de mujeres unidas que ha hablado con su pareja sobre el número de hijos que desean tener	4.8	4.7	1.003
Odds Ratio menor que 1			
29. % de mujeres unidas que iría a un establecimiento de salud en presencia de malestares que indican riesgo	29.0	25.4	0.994
9. % de mujeres que hace una o más tareas en su casa conjuntamente con su pareja	23.5	19.3	0.988
19. % de mujeres que cree que el trabajo que realizan es igual de importante que el trabajo que realiza su pareja	6.4	6.8	0.986
5. % de mujeres unidas cuya pareja ayuda cuando los niños se enferman	6.0	5.3	0.982
26. % de mujeres que cree que los servicios que brinda el establecimiento de salud más cercano son buenos (o muy buenos)	10.7	16.9	0.936
20. % de mujeres que cree que el trabajo del hogar es igual de importante que el trabajo de su esposo	10.4	12.5	0.926
20.1 % de varones que cree que el trabajo que realiza su esposa en el hogar es igual de importante que el trabajo de su esposo	11.2	14.6	0.910
24. % de mujeres que ha acudido a un establecimiento de salud para una consulta sobre salud reproductiva o para atención en planificación familiar	15.9	17.2	0.909
16. % de mujeres que ha hablado muy a menudo con sus hijos sobre relaciones de pareja y planificación familiar en los últimos 12 meses	8.9	6.5	0.845
40. % de mujeres unidas que conoce algún malestar del embarazo y del post parto que indican riesgo	26.6	26.8	0.782

Es muy probable que bs resultados estén afectados por variables difíciles de controlar, por la falta de equivalencia entre las comunidades contraparte y las de control, por la migración interna que afectó a ambos tipos de comunidades y por otras influencias no detectadas y que deben ser averiguadas y tomadas en cuenta en futuros estudios sobre el proyecto

IV. IMPACTO Y RESULTADOS DEL PROYECTO: COMUNIDADES CON INTERVENCIÓN EDUCATIVA MÁS UN COMPONENTE DE BANCOS COMUNALES VERSUS COMUNIDADES CON INTERVENCIÓN EDUCATIVA ÚNICAMENTE

Como se sabe, ReproSalud también busca reforzar la capacidad económica de las mujeres a través de un componente de generación de ingresos que tiene dos líneas de transferencia: bancos comunales y desarrollo de productos (el primero consiste en un pequeño préstamo de dinero y el segundo en entrega de insumos). El supuesto es que si las mujeres cuentan con medios económicos para pagar por servicios de salud, estarán más dispuestas a acudir a los establecimientos de salud para recibir atención profesional.

El componente de generación de ingresos busca también empoderar a las mujeres mejorando sus capacidades para la toma de decisiones y para negociar asuntos que tienen que ver con su vida, incluyendo su salud reproductiva, tanto en el plano doméstico (al interior de su familia) como en el social (con autoridades locales y personal de salud). El empoderamiento de las mujeres que procura el proyecto es un elemento clave para la sostenibilidad de sus resultados y, eventualmente, para su expansión.

El beneficio del componente de microcréditos llegó principalmente a comunidades de Ucayali, San Martín, Puno y La Libertad porque en esos departamentos las OCBs, y las propias mujeres que aplicaban a los préstamos, cumplían con los requisitos exigidos para su adjudicación. Las comunidades beneficiarias fueron al comienzo algunas de las 247 comunidades contraparte de ReproSalud y recibían las mismas actividades de IE&C que las demás. Posteriormente el componente de Bancos pasó a ser un proyecto especial e independiente de ReproSalud.

Como son dos experiencias simultáneas, con actividades económicas en uno de los casos que las hace diferentes, interesa conocer el impacto en cada una, para determinar si el hecho de recibir ayuda monetaria agrega alguna ganancia a los logros de la intervención educativa.

Problemas de diversa naturaleza limitan hacer esa comparación y llegar a conclusiones categóricas, entre ellas:

- El análisis se enfoca en comunidades que tienen OCBs con bancos comunales (que en lo que sigue de esta sección serán identificadas como “bancos”) porque las que tienen OCBs con desarrollo de productos son muy pocas, en total 36: Puno Aymara (9), Ayacucho (9), Ancash (5), Ucayali (4), Puno Quechua (5), San Martín (2) y Lima Este (2).

- Las OCBs con bancos son en total 487 que se ubican en 53 distritos (no fue posible obtener información a nivel de comunidad). Sólo en 8 comunidades con OCBs con bancos se aplicó encuestas de línea de base y de evaluación intermedia; pero únicamente para cuatro: 2 en Puno Aymara y 2 en La Libertad, pudo conseguirse comunidades de control, en las que sólo se desarrollaron actividades educativas.
- Lo anterior hizo que se decidiera por un estudio “anidado” en el que el número de observaciones de la muestra se redujo a 4 comunidades con bancos²⁸ y a 4 comunidades de comparación²⁹. (Anexo E). Por lo tanto, los resultados no son representativos de lo que pudiera haber ocurrido en el conjunto de comunidades con un componente de bancos comunales y deben ser tomados más bien, con fines ilustrativos.

Finalmente, la evaluación de impacto de ReproSalud utilizando encuestas de hogares no fue diseñada para medir el logro adicional del proyecto derivado de incluir actividades de generación de ingresos para complementar la intervención educativa. Los datos pueden contener sesgos difíciles de identificar y, peor aún, de controlar: Podría ser, por ejemplo, que las mujeres beneficiarias del componente de bancos tengan mejores condiciones socioeconómicas y sean más empoderadas. Los hallazgos y las tendencias observadas en los indicadores que se analizan a continuación pueden servir para el diseño de una evaluación específica sobre este tema.

El formato de esta sección es el mismo que el de las Secciones B y C de la Segunda Parte de este informe. Comprende el análisis del impacto del proyecto y el de los Resultados Intermedios. En las tres tablas del Anexo F se ofrece la lista de indicadores que fueron evaluados, organizados como aparecen en el Marco de Resultados. La información incluye los valores para cada uno en la línea de base y en la evaluación intermedia, el número de casos, la significación estadística, incluyendo el valor de z, y el valor de los Odds Ratio.

A. IMPACTO DEL PROYECTO. CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO ESTRATÉGICO

Atención profesional del embarazo y del parto

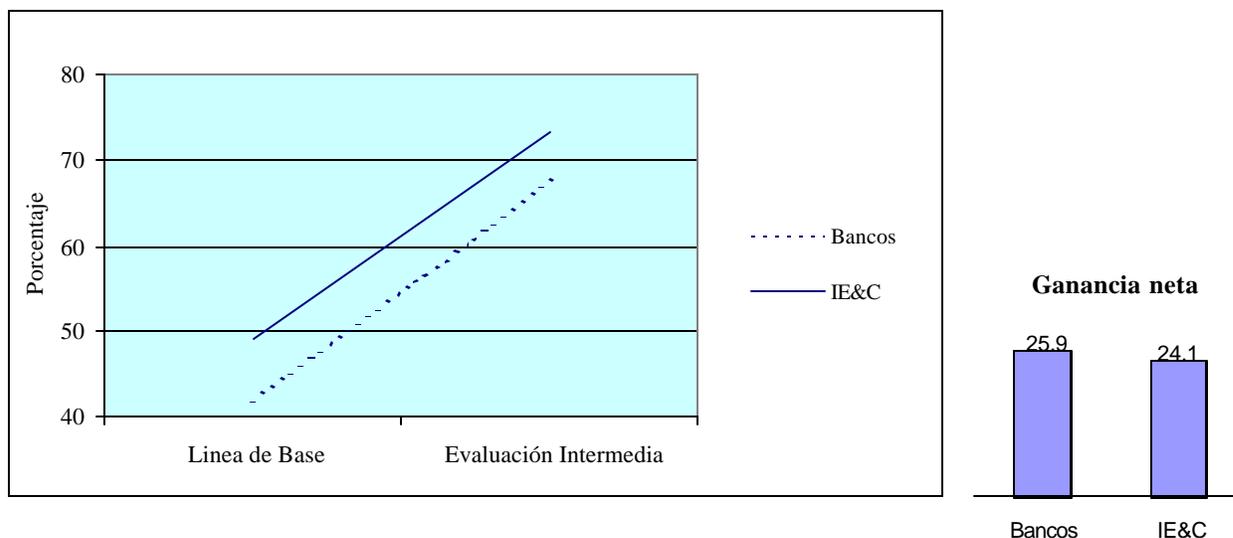
El cuidado pre natal por personal calificado ha experimentado un incremento bastante parecido en las comunidades con bancos y en las que tuvieron sólo intervención educativa (IE&C) lo que dibuja una tendencia representada por dos líneas paralelas en el gráfico 37. Su ganancia neta entre la línea de base y la evaluación intermedia fue de 25.9 puntos porcentuales y de 24.1 puntos, respectivamente. En las primeras subió de 41.7% a 67.6%; mientras que en las segundas lo hizo de 49.1% a 73.2%. En ambos grupos, las diferencias

²⁸ Con una muestra de 186 mujeres en la línea de base y de 146 en la evaluación intermedia

²⁹ Con una muestra de 258 mujeres en la línea de base y de 212 en la evaluación intermedia

entre las dos mediciones es estadísticamente significativa al 5%. (Indicador 1.a del cuadro 26).

Gráfico 37: Control Prenatal por Profesional Durante el Último Embarazo

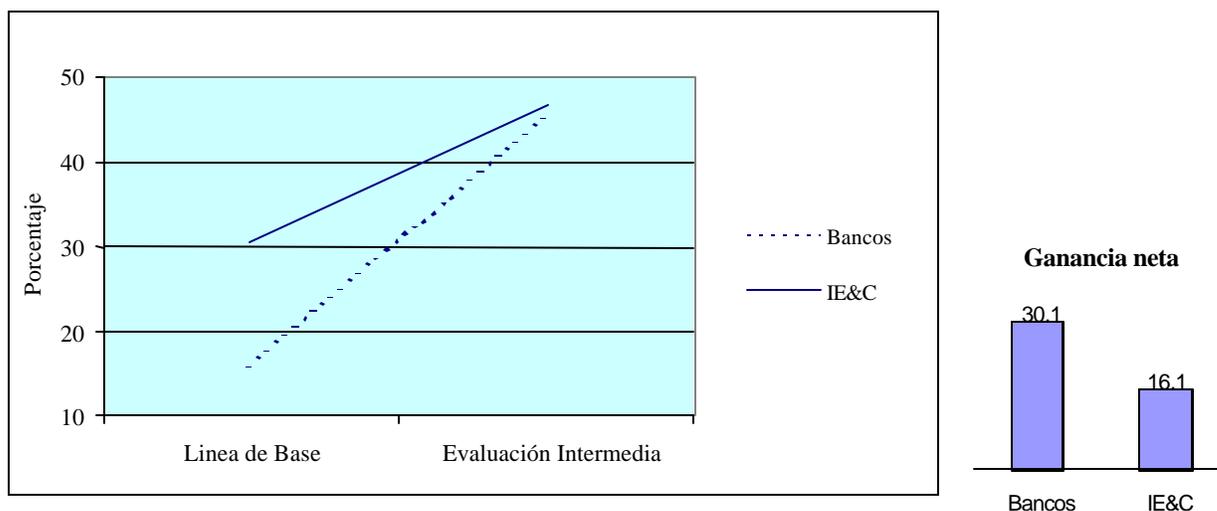


Cuadro 26: Atención Profesional del Embarazo y del Parto

N°	Indicador	Comunidades con Bancos					Comunidades con IE&C				
		Línea de base	EI*	Diferencia	z	Sig. Est.	Línea de base	EI*	Diferencia	z	Sig. Est.
1.a	Porcentaje de mujeres que tuvo 4 o más controles con personal de salud durante el último embarazo ocurrido dos años antes de la encuesta	41.7	67.6	25.9	-2.174	Sig 0.05	49.1	73.2	24.1	-2.362	Sig 0.05
2	Porcentaje de mujeres que atendió su último parto, ocurrido dos años antes de la encuesta, con personal de salud	15.6	45.7	30.1	-2.950	Sig 0.05	30.6	46.7	16.1	-1.699	Sig 0.05

*Evaluación Intermedia

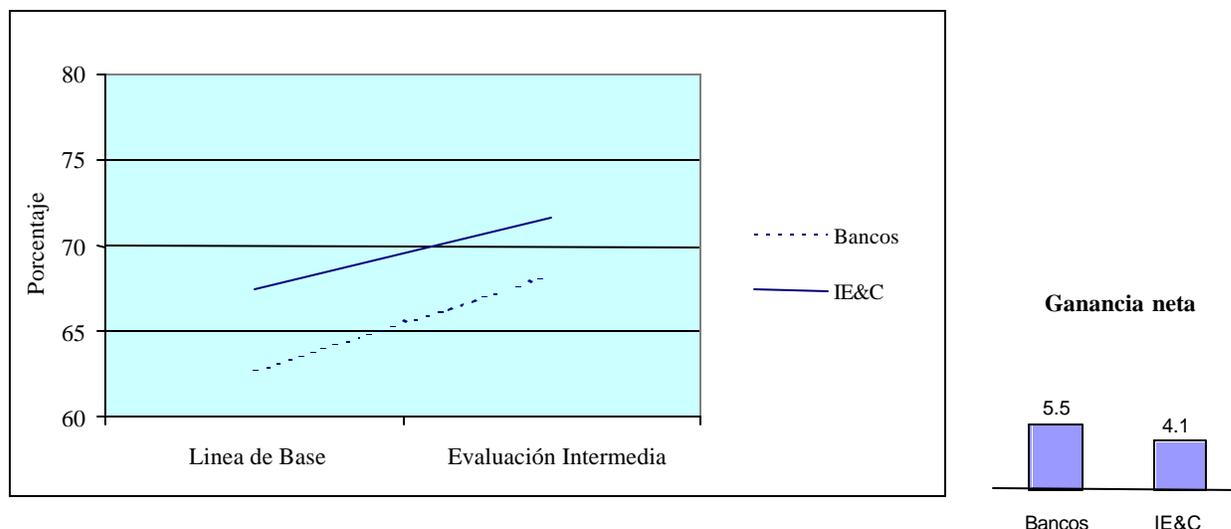
En la atención profesional del parto, sí se evidencia un mayor logro en las comunidades con bancos que en las que tuvieron sólo IE&C. Gráfico 38. La ganancia neta en las primeras fue de 30.1 puntos porcentuales, esto es poco más del doble que en las segundas (16.1 puntos). (Indicador 2 del cuadro 26). El porcentaje de mujeres que atendió su último parto con profesional de salud en las comunidades con bancos casi se triplicó (ganancia neta de 30 puntos porcentuales) entre el primer y el segundo momento de la medición (de 15.6% a 45.7%); mientras que en las de control aumentó sólo en 16 puntos (de 30.6% a 46.7%).

Gráfico 38: Atención del Último Parto por Profesional de Salud

Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos y necesidad insatisfecha de planificación familiar

Los indicadores relacionados con la práctica de la planificación familiar tienen un comportamiento diverso. Por un lado, la prevalencia de uso se incrementa en ambos tipos de comunidades, gráfico 39, pero la ganancia neta entre la línea de base y la evaluación intermedia es sólo ligeramente más elevada (en 5.5 puntos porcentuales) en las comunidades con bancos, que en las comunidades con IE&C (4.1 puntos). En el cuadro 27 se presenta los porcentajes de inicio y de la segunda medición para el indicador 3. Estadísticamente ambas comunidades han permanecido sin cambios antes de la intervención y después de dos o tres años de actividades del proyecto. En este caso, la intervención aumentó sólo en 2.5% más la posibilidad de que las mujeres de las comunidades con bancos usen un anticonceptivo, (OR=1.025). Tabla 1 del Anexo F.

Gráfico 39: Porcentaje de Mujeres Unidas que Usa Algún Método Anticonceptivo



El examen de la necesidad insatisfecha de planificación familiar, que es una forma de medir el uso de métodos de planificación familiar comparado con la demanda por los mismos, muestra una variación favorable a las comunidades con bancos. La disminución fue muy superior en ellas que en las comunidades con IE&C, como puede verse en el gráfico 40 y en el cuadro 27 (indicadores 4 y 4.1). En efecto, la necesidad insatisfecha de planificación familiar medida de la forma convencional, como lo hace la DHS, disminuyó en 7.6 puntos porcentuales en las primeras versus 0.5 puntos, en las segundas. La disminución de 23.5% a 15.9% en las comunidades con bancos es significativa, pero al 10%.

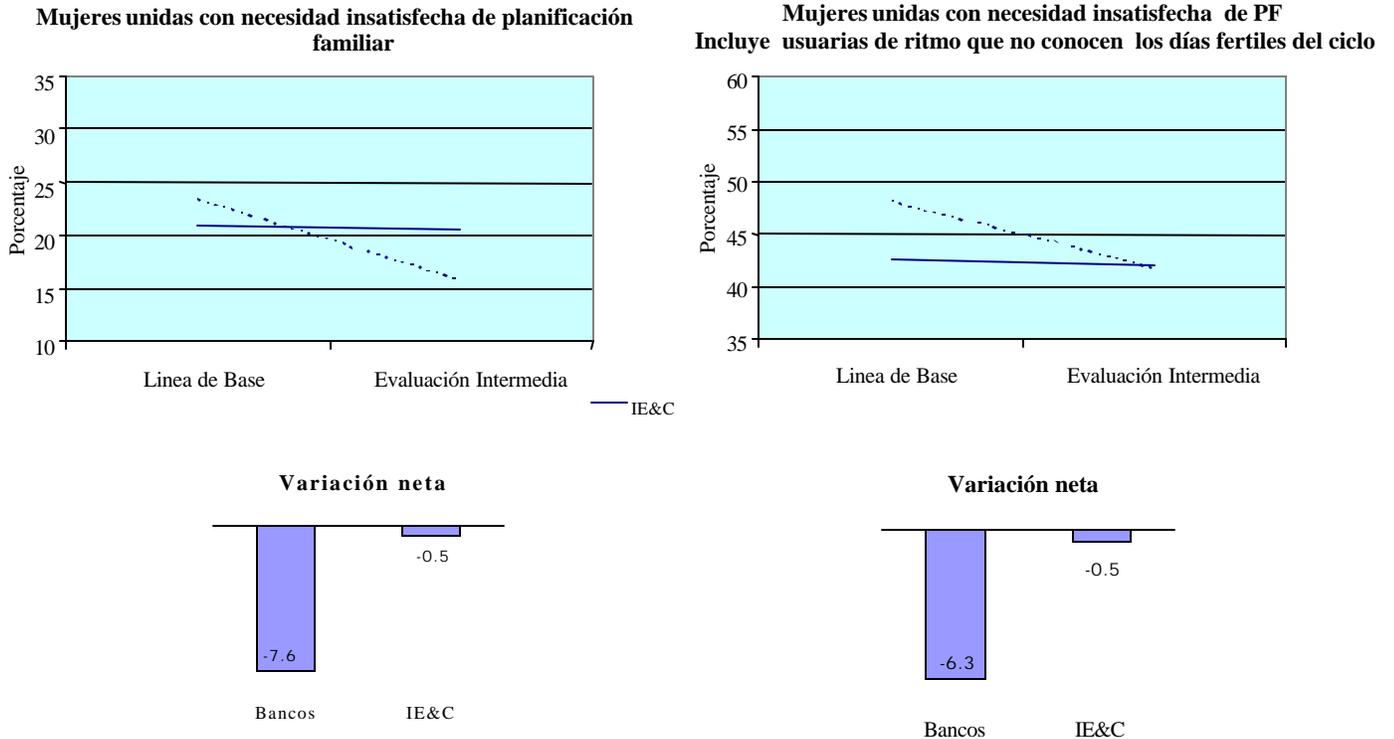
Cuadro 27: Uso de Anticonceptivos y Necesidad Insatisfecha de Planificación Familiar

N°	Indicador	Comunidades con Bancos					Comunidades con IE&C				
		Línea de base	EI*	Diferencia	z	Sig. Est.	Línea de base	EI*	Diferencia	z	Sig. Est.
3	Porcentaje de mujeres unidas que usa algún método anticonceptivo	62.7	68.2	5.5	-0.819		67.5	71.6	4.1	-0.726	
4.1	Porcentaje de mujeres unidas con necesidad insatisfecha de planificación familiar	23.5	15.9	-7.6	1.336	Sig 0.10	21.0	20.5	-0.5	0.101	
4	Porcentaje de mujeres unidas con necesidad insatisfecha de planificación familiar, incluye usuarias de ritmo que no conocen su período fértil	48.3	42.0	-6.3	0.895		42.6	42.1	-0.5	0.082	

*Evaluación Intermedia

Por su parte, la protección insuficiente (que incluye a las mujeres que no desean tener más hijos o que no los desean pronto pero usan el ritmo aunque no conocen su período fértil), disminuyó en 6.3 puntos porcentuales en las comunidades con bancos y en 0.5 puntos en las comunidades con IE&C, evidenciando también una mejor situación en las primeras. Los valores de $OR=0.697$ para el indicador 4.1, y de $OR=0.880$ para el indicador 4, dan cuenta de un mayor efecto del proyecto en las comunidades con bancos.

Gráfico 40



Conocimiento sobre algunos aspectos del uso de métodos

El conocimiento de cómo funciona por lo menos un método moderno ha aumentado dramáticamente en las comunidades con bancos (48.9 puntos porcentuales) entre la línea de base y la evaluación intermedia al subir el porcentaje de 6.1% a 55.0%. Nótese que el valor inicial (6.1%) se multiplicó por un factor de 8 para llegar a 55% en el segundo momento. En las comunidades con IE&C el incremento también fue importante (ganancia neta de 31.5 puntos porcentuales) aunque menos acentuado (de 25.8% a 57.3%). Indicador 38 del cuadro 28. El valor de $OR=4.060$ indica un excelente efecto del proyecto en bancos.

IV. IMPACTO Y RESULTADOS DEL PROYECTO: COMUNIDADES CON INTERVENCIÓN EDUCATIVE MÁS UN COMPONENTE DE BANCOS COMUNALES VERSUS COMUNIDADES CON INTERVENCIÓN EDUCATIVE ÚNICAMENTE C. RESULTADOS INTERMEDIOS

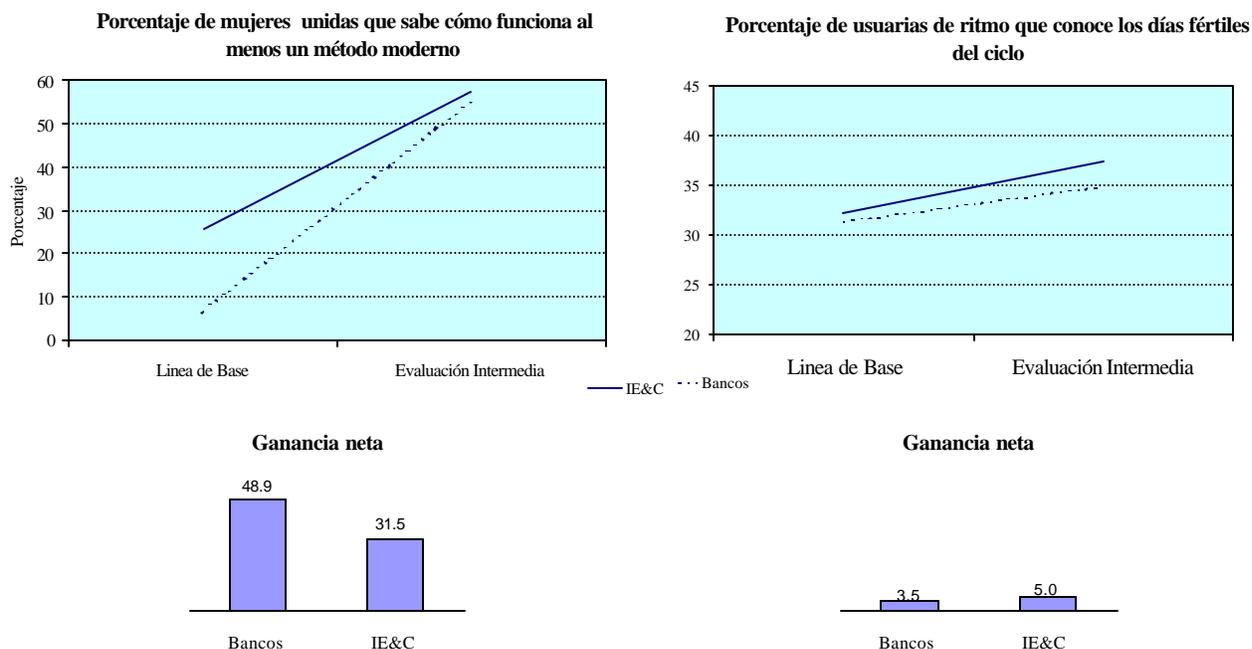
Cuadro 28: Conocimiento Sobre Métodos Anticonceptivos

N°	Indicador	Comunidades con Bancos					Comunidades con IE&C				
		Línea de base	EI*	Diferencia	z	Sig. Est.	Línea de base	EI*	Diferencia	z	Sig. Est.
38	Porcentaje de mujeres unidas que sabe cómo funciona al menos un método moderno	6.1	55.0	48.9	-9.893	Sig 0.05	25.8	57.3	31.5	-6.936	Sig 0.05
39	Porcentaje de usuarias de ritmo que conoce los días fértiles del ciclo	31.4	34.9	3.5	-0.311		32.4	37.4	5.0	-0.475	
43.b	Porcentaje de mujeres piensa que una mujer que está dando de lactar es difícil que quede embarazada	39.0	57.2	18.2	-2.751	Sig 0.05	39.2	60.7	21.5	-3.910	Sig 0.05

*Evaluación Intermedia

En contraste, el porcentaje de usuarias de ritmo que conoce su período fértil y el porcentaje de mujeres que piensa que mientras una mujer que está dando de lactar es difícil que quede embarazada ha aumentado ligeramente menos en las comunidades con bancos que en las que sólo tuvieron IE&C. Cuadro 28, indicadores 39 y 43.b, y gráfico 41. Los valores de OR para estos indicadores inferiores a 1 llevan a la conclusión que el proyecto no tuvo un efecto adicional en las comunidades con bancos.

Gráfico 41



El análisis de los indicadores de impacto del proyecto que miden el cumplimiento del Objetivo Estratégico, sugeriría, aunque no de manera concluyente, por las limitaciones ya mencionadas de representatividad de los datos (y porque probablemente las mujeres de las comunidades con bancos tienen una mejor condición social), que el componente de microcréditos agrega al componente educativo una ganancia en algunos indicadores que tienen que ver con el uso de servicios formales de salud. Principalmente, se aprecia un incremento mayor en las comunidades con bancos de la atención profesional del parto, así como una disminución más acentuada de la necesidad insatisfecha de planificación familiar, lo cual parece no guardar mucha relación con el incremento del uso de anticonceptivos en ellas que es sólo ligeramente superior al de las comunidades con IE&C. En indicadores que miden conocimiento de métodos, el componente de bancos aporta un gran beneficio a la mejora del conocimiento de cómo funciona por lo menos un método moderno; pero no contribuye al aumento del conocimiento de los días fértiles del ciclo y de los beneficios de la lactancia materna como método anticonceptivo.

B. RESULTADOS INTERMEDIOS

Relaciones de Género

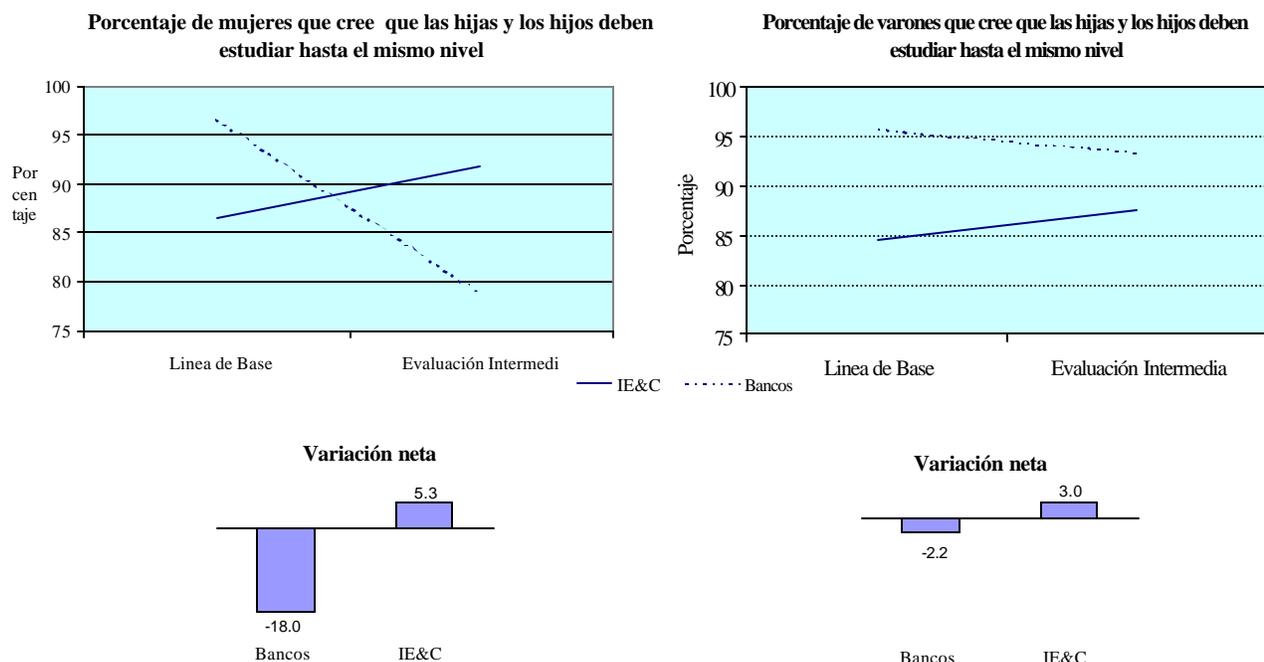
Percepciones

En las comunidades con bancos ocurre un fenómeno curioso y es el hecho que las opiniones positivas sobre asuntos de género muestran, sistemáticamente, una disminución respecto a las mismas opiniones en las comunidades que sólo tuvieron intervención educativa. Este deterioro de las opiniones sobre asuntos que revelan comprensión de conceptos de igualdad de género, puede deberse sólo al azar o ser producto de la limitación ya mencionada de los datos, a pesar de las cifras del cuadro 29.

Por ejemplo, el porcentaje de mujeres que cree que las hijas e hijos deben estudiar hasta el mismo nivel disminuyó en las comunidades con bancos de 96.7% a 78.7% (pérdida neta de -18 puntos porcentuales); y el de varones lo hizo de 95.7% a 93.5% (pérdida neta de -2.2 puntos). Gráfico 42. Llama la atención que la opinión favorable de los varones sobre el mismo derecho de hijas e hijos a igual nivel de educación no cae en la magnitud que la femenina. Esto ameritaría un análisis más profundo de las discrepancias de opinión por sexos, complementando los datos de las encuestas de hogares con información de otras fuentes, por ejemplo el estudio etnográfico.

IV. IMPACTO Y RESULTADOS DEL PROYECTO: COMUNIDADES CON INTERVENCIÓN EDUCATIVE MÁS UN COMPONENTE DE BANCOS COMUNALES VERSUS COMUNIDADES CON INTERVENCIÓN EDUCATIVE ÚNICAMENTE C. RESULTADOS INTERMEDIOS

Grafico 42



Cuadro 29: Percepción de Mujeres y Varones Sobre Diversos Aspectos de las Relaciones de Género

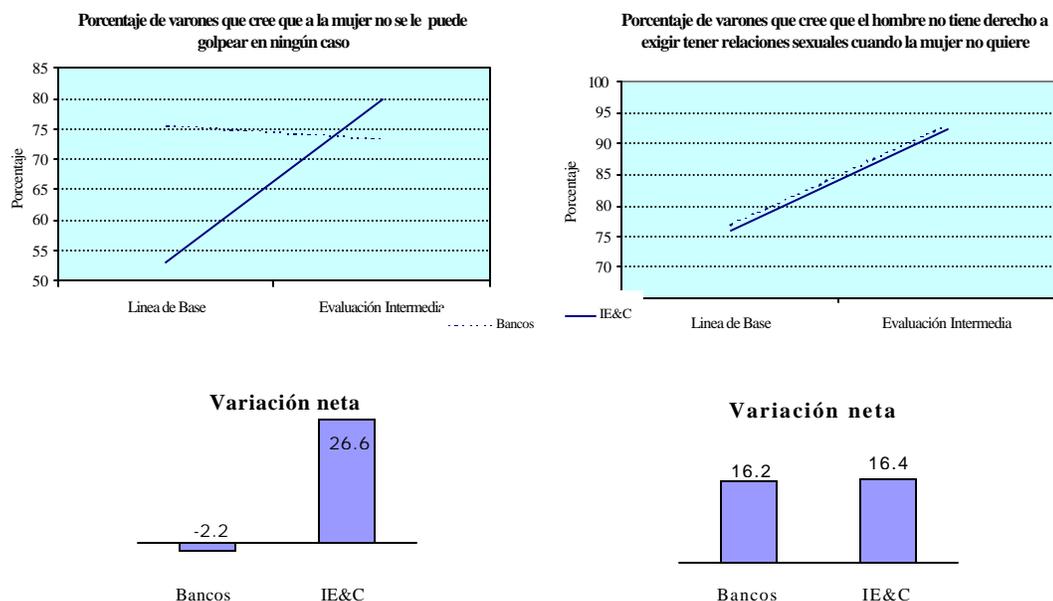
N°	Indicador	Comunidades con Bancos					Comunidades con IE&C				
		Línea de base	EI*	Diferencia	z	Sig. Est.	Línea de base	EI*	Diferencia	z	Sig. Est.
<i>Percepciones de ella</i>											
21	Porcentaje de mujeres que cree que las hijas y los hijos deben estudiar hasta el mismo nivel	96.7	78.7	-18.0	2.929	Sig 0.05	86.5	91.8	5.3	-1.096	
<i>Percepciones de él</i>											
21.1	Porcentaje de varones que cree que las hijas y los hijos deben estudiar hasta el mismo nivel	95.7	93.5	-2.2	0.429		84.5	87.5	3.0	-0.441	
17	Porcentaje de varones que cree que a la mujer no se le puede golpear en ningún caso	75.5	73.3	-2.2	0.338		53.1	79.7	26.6	-3.688	Sig 0.05
18	Porcentaje de varones que cree que el hombre no tiene derecho a exigir tener relaciones sexuales cuando la mujer no quiere	76.8	93.0	16.2	-3.007	Sig 0.05	76.0	92.4	16.4	-2.619	Sig 0.05

*Evaluación Intermedia

En cuanto a la percepción de los varones sobre el respeto a la mujer, la situación se deteriora un poco más. En las comunidades con bancos el porcentaje de varones que cree que a la mujer no se le puede golpear en ningún caso bajó en 2.2 puntos porcentuales, mientras que en las comunidades con IE&C subió en 26.6 puntos porcentuales. (Indicador 17 del Cuadro 29). Por su parte, el porcentaje de varones que cree que el hombre no tiene derecho a exigir a la mujer relaciones sexuales si ella no quiere, aumentó

prácticamente igual (en 16 puntos porcentuales) en ambos tipos de comunidades. Indicador 18 del cuadro 29 y gráfico 43.

Gráfico 43



De lo examinado en cuanto a percepciones sobre género, podría decirse que el componente de bancos no hace un aporte adicional al componente educativo. Por el contrario, en algunos indicadores parecería tener un efecto contrario que neutralizaría las actividades de capacitación. Nuevamente, las tendencias descritas pueden ser sólo aleatorias o deberse a la falta de representatividad de los datos.

Prácticas

Un comportamiento parecido al de las percepciones se nota en el de los indicadores que miden prácticas. En las comunidades con bancos, o mejoran menos que en las de IE&C, o disminuyen entre una medición y otra como se puede ver en el cuadro 30. Es el caso, por ejemplo, del porcentaje de mujeres unidas que hace una o más tareas de la casa conjuntamente con su pareja que subió de 26.3% a 38.6% en las comunidades con banco; mientras que en las comunidades con IE&C aumentó de 33.1% a 67.2%. Como resultado, la ganancia neta en estas últimas fue más del doble (34.1 puntos porcentuales) que en las primeras (12.3 puntos porcentuales). Lo mismo puede decirse del porcentaje de mujeres que ha hablado con su pareja sobre el número de hijos que desean tener, cuyo aumento neto en las comunidades con bancos fue de 2.5 puntos, mientras que en las que tuvieron sólo IE&C fue casi cinco veces más elevado, 10.4 puntos porcentuales. La variación de alguno de los indicadores comentados se aprecia en el gráfico 44.

IV. IMPACTO Y RESULTADOS DEL PROYECTO: COMUNIDADES CON INTERVENCIÓN EDUCATIVE MÁS UN COMPONENTE DE BANCOS COMUNALES VERSUS COMUNIDADES CON INTERVENCIÓN EDUCATIVE ÚNICAMENTE C. RESULTADOS INTERMEDIOS

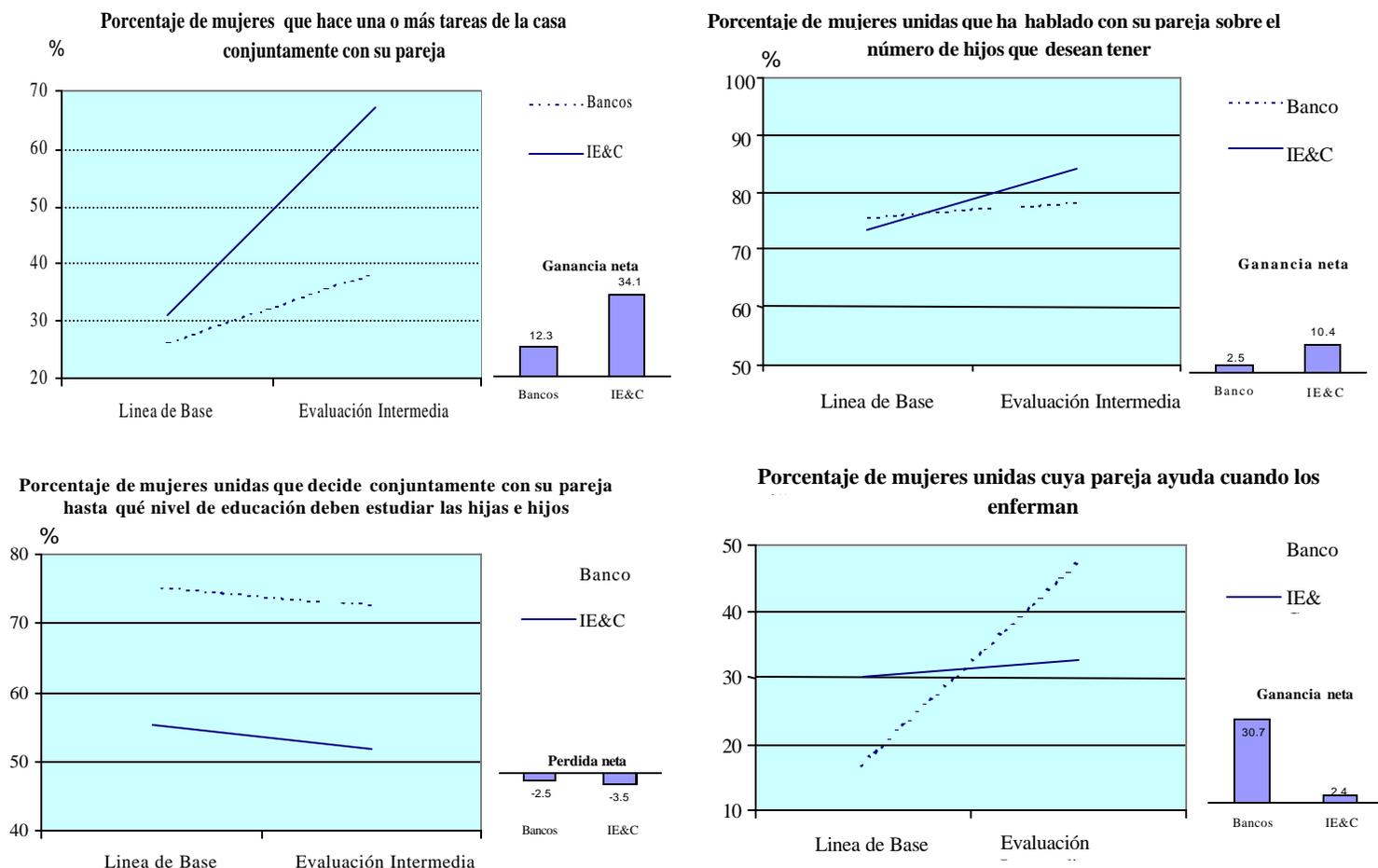
Cuadro 30: Prácticas de Varones y Mujeres Sobre Asuntos de Género

N°	Indicador	Comunidades con Bancos					Comunidades con IE&C				
		Línea de base	EI*	Diferencia	z	Sig. Est.	Línea de base	EI*	Diferencia	z	Sig. Est.
Prácticas											
Prácticas de ella											
7	Porcentaje de mujeres unidas que decide conjuntamente con su pareja sobre relaciones sexuales, métodos anticonceptivos y número de hijos	22.2	30.6	8.4	-1.348	Sig 0.10	28.2	38.7	10.5	-1.804	Sig 0.05
9	Porcentaje de mujeres unidas que hace una o más tareas de la casa conjuntamente con su pareja	26.3	38.6	12.3	-1.879	Sig 0.05	33.1	67.2	34.1	-5.577	Sig 0.05
11	Porcentaje de mujeres unidas que decide conjuntamente con su pareja hasta qué nivel de educación deben estudiar las hijas e hijos	75.2	72.7	-2.5	0.377		55.4	51.9	-3.5	0.549	
11.a	Porcentaje de mujeres unidas que ha hablado con su pareja sobre el número de hijos que desean tener	75.8	78.3	2.5	¿		73.5	83.9	10.4	-2.036	Sig 0.05
Prácticas de él											
5	Porcentaje de mujeres unidas cuya pareja ayuda cuando los niños se enferman	16.7	47.4	30.7	-4.454	Sig 0.05	30.3	32.7	2.4	-0.338	

*Evaluación Intermedia

La participación de los varones en el cuidado de los hijos cuando éstos se enferman ha mejorado notablemente en las comunidades con bancos, habiendo subido el porcentaje de 16.7% a 47.4%; mientras en las comunidades con IE&C lo hizo de 30.3% a 32.7%. Las variaciones comentadas resultan en una ganancia neta de 30.7 puntos porcentuales en las primeras y de 2.5 puntos porcentuales en las segundas. Gráfico 44. En el grupo de indicadores del cuadro 30, hay un mayor efecto del componente de bancos sólo en el indicador 5.

Gráfico 44



En general, las variaciones comentadas y los datos mismos requieren investigación más exhaustiva que lleven a la explicación de comportamientos no esperados, particularmente en variables de género que son los pilares de ReproSalud, y en los cuales se pudo apreciar logros interesantes al comparar las comunidades contraparte con las de control en la Sección C de la Segunda Parte de este informe.

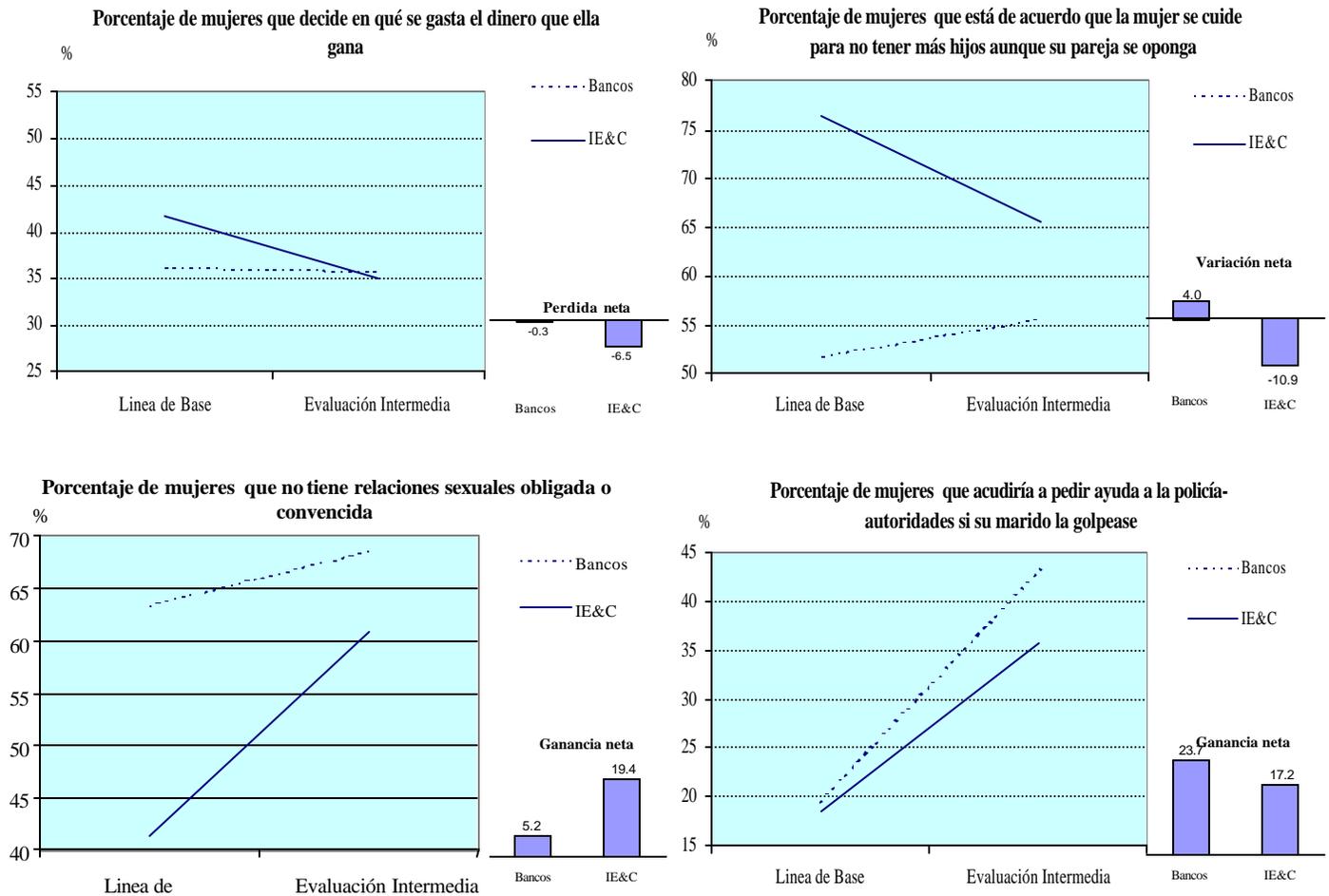
Empoderamiento: Conocimiento, actitudes y prácticas

Los indicadores de empoderamiento también tienen un comportamiento errático en las comunidades con bancos: a) algunos crecen de manera notable, por ejemplo el porcentaje de mujeres que acudiría a pedir ayuda en caso que su marido la golpease de 19.5% a 43.2% (ganancia neta de 23.7 puntos porcentuales); frente a un aumento de 18.5% a 35.7% (ganancia neta de 17.2 puntos) en las comunidades con IE&C; b) otros se incrementan menos que en las comunidades de comparación. Tal es el caso del porcentaje

IV. IMPACTO Y RESULTADOS DEL PROYECTO: COMUNIDADES CON INTERVENCIÓN EDUCATIVE MÁS UN COMPONENTE DE BANCOS COMUNALES VERSUS COMUNIDADES CON INTERVENCIÓN EDUCATIVE ÚNICAMENTE C. RESULTADOS INTERMEDIOS

de mujeres que no tiene relaciones sexuales obligada o convencida que subió sólo en 5.2 puntos; mientras que en las comunidades con IE&C aumentó en casi 20 puntos, y c) algunos permanecen igual, aunque podría decirse que disminuyen un poco entre la línea de base y la evaluación intermedia. Por ejemplo, el porcentaje de mujeres unidas que decide en qué se gasta el dinero que ella gana, cuyo valor se mantuvo en torno a 36% en los dos momentos de la medición, gráfico 45. Pero nótese en las comunidades con IE&C disminuyó mucho más aún (en 6.5 puntos porcentuales).

Gráfico 45



Las cifras para cada indicador y sus variaciones entre la línea de base y la evaluación intermedia se presentan en el cuadro 31. Los valores de los Odds Ratio, (Tabla 1 del Anexo F), para los tres primeros indicadores del este cuadro indican que el componente de bancos aporta al mejoramiento de esos indicadores en un 26% (en el indicador 12), en un 15% (en el indicador 14), y en un 18% (en el indicador 6). Sólo en el indicador 12.1 hay un mayor avance de las comunidades que tuvieron intervención educativa únicamente.

Cuadro 31: Algunos Indicadores de Percepciones, Actitudes y Práctica Sobre Empoderamiento

N°	Indicador	Comunidades con Bancos					Comunidades con IE&C				
		Línea de base	EI*	Diferencia	z	Sig. Est.	Línea de base	EI*	Diferencia	z	Sig. Est.
Percepciones											
12	Porcentaje de mujeres que está de acuerdo que la mujer decida cuidarse aún cuando su pareja se oponga	51.7	55.7	4.0	-0.569		76.4	65.5	-10.9	1.978	Sig 0.05
Actitud											
14	Porcentaje de mujeres que acudiría a pedir ayuda a la policía-autoridades si su marido la golpease	19.5	43.2	23.7	-3.685	Sig 0.05	18.5	35.7	17.2	-2.624	Sig 0.05
Práctica											
6	% de mujeres unidas que decide en qué se gasta el dinero que ella gana	36.2	35.9	-0.3	0.056		41.5	35.0	-6.5	1.434	Sig 0.10
12.1	% de mujeres que no tiene relaciones sexuales obligada o convencida	63.4	68.6	5.2	-0.777		41.3	60.7	19.4	-3.149	Sig 0.05

*Evaluación Intermedia

Uso de servicios de salud

El supuesto que las mujeres tenderán a usar más los servicios de salud al disponer de recursos económicos que les permita cubrir los costos del servicio y los medicamentos, y que fue considerado para incluir en el proyecto un componente de bancos comunales, aparentemente se estaría cumpliendo. En efecto, los dos indicadores seleccionados para examinar este aspecto muestran cambios positivos importantes entre la línea de base y la evaluación intermedia tal como puede verse en el cuadro 32. Por ejemplo, el porcentaje de mujeres que realizó algún gasto en su salud en los últimos 12 meses subió en las comunidades con bancos de 39.2% a 57.9% (ganancia neta de 18.7 puntos porcentuales); mientras que en las comunidades que tuvieron sólo intervención educativa disminuyó en 2.0 puntos (de 46.8% a 44.8%). Gráfico 46 .

Cuadro 32: Indicadores de Uso de Servicios

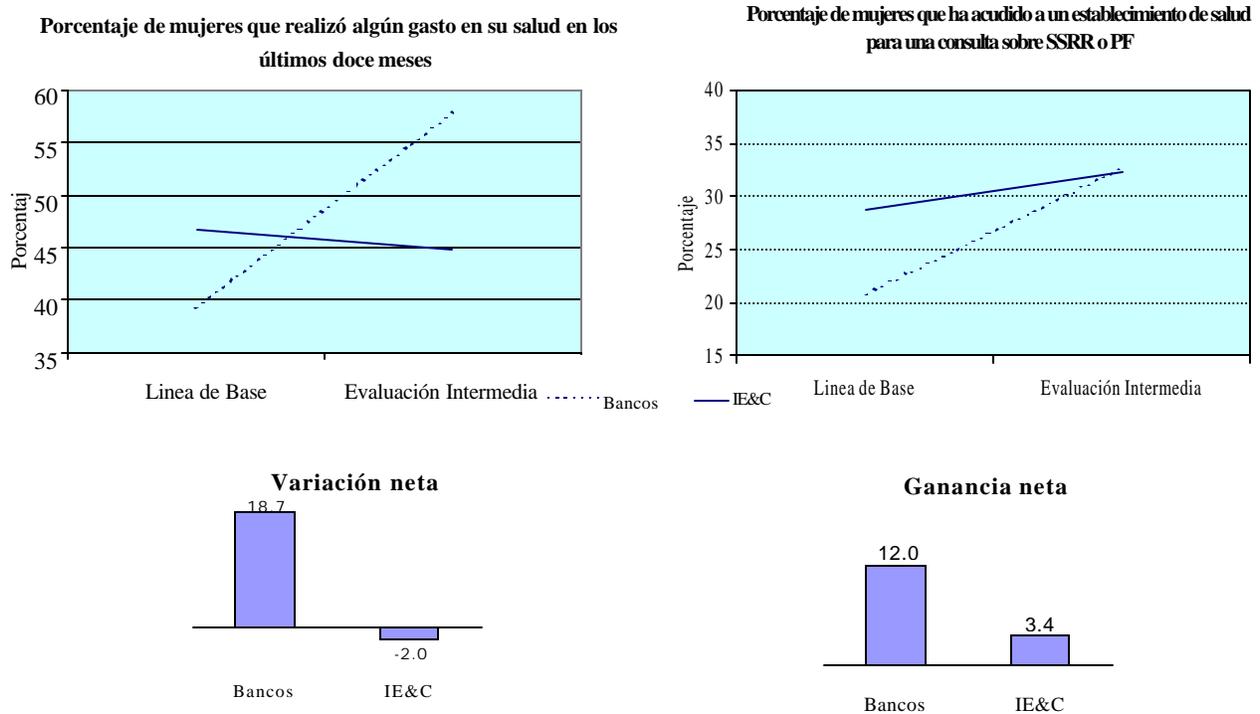
N°	Indicador	Bancos					IE&C				
		Línea de base	EI*	Diferencia	z	Sig. Est.	Línea de base	EI*	Diferencia	z	Sig. Est.
33	Porcentaje de mujeres que realizó algún gasto en su salud en los últimos 12 meses	39.2	57.9	18.7	3.387	Sig 0.05	46.8	44.8	-2.0	0.433	
25	Porcentaje de mujeres que ha acudido a un establecimiento de salud para una consulta sobre salud reproductiva o para atención en planificación familiar	20.8	32.8	12.0	2.472	Sig 0.05	28.8	32.2	3.4	-0.798	

*Evaluación Intermedia

IV. IMPACTO Y RESULTADOS DEL PROYECTO: COMUNIDADES CON INTERVENCIÓN EDUCATIVE MÁS UN COMPONENTE DE BANCOS COMUNALES VERSUS COMUNIDADES CON INTERVENCIÓN EDUCATIVE ÚNICAMENTE C. RESULTADOS INTERMEDIOS

De igual manera el porcentaje de mujeres que acudió a un establecimiento de salud para una consulta en salud reproductiva o para recibir información y/o servicios de planificación familiar, si bien tuvo un incremento menos espectacular que el anterior, también aumentó cuatro veces más en las comunidades con bancos (de 20.8% a 32.8%, ganancia neta de 12 puntos porcentuales) que en las comunidades sólo con IE&C (de 28.8% a 32.2%, ganancia neta de 3.4 puntos).

Gráfico 46



En general, los indicadores de uso de servicios de salud, tanto los que se acaban de comentar, como la atención profesional del parto revelarían que al agregar a la intervención educativa un elemento que beneficia económicamente a la mujer, se mejora en ellas su práctica de medidas saludables de cuidado de la salud y su disposición para acudir a los establecimientos de salud por atención profesional en caso de dolencias que tengan que ver con su salud reproductiva y, probablemente, en presencia de otros malestares. Estos hallazgos, sin embargo, no son categóricos y merecen mayor análisis y búsqueda de explicación a resultados inesperados y, muchas veces, contradictorios.

V. CONCLUSIONES

Información proporcionada por una muestra de mujeres en edad fértil revela que en las comunidades con las que trabaja ReproSalud existe una tendencia general hacia mejores prácticas de salud que en aquellas comunidades donde el proyecto no desarrolló actividades.

Según los datos, el Objetivo Estratégico del proyecto se ha cumplido porque las mujeres están haciendo un mayor uso de los servicios de salud. Ello se traduce en un notable incremento de la atención profesional del embarazo y del parto y de la prevalencia de uso de anticonceptivos, así como en una mayor reducción de la demanda insatisfecha de planificación familiar en las comunidades contraparte del proyecto que en aquellas donde no intervino. Las ganancias/variaciones netas pre intervención y después de un promedio de tres años en las comunidades contraparte son considerables para los indicadores mencionados y revelan el aporte de ReproSalud al cuidado de la salud reproductiva y materna que complementa el trabajo realizado por el gobierno peruano.

Cuando comenzó ReproSalud, el Perú vivía un tiempo de importantes cambios sociales especialmente en el área de la salud, que continúa aunque con menor intensidad. El Ministerio de Salud, con el apoyo de organizaciones de cooperación externa³⁰, orienta sus esfuerzos a mejorar la calidad de la atención de la salud materno-infantil y su cobertura institucional; así como a expandir la entrega de información y servicios sobre métodos anticonceptivos en el marco del Programa Nacional de Planificación Familiar. Es probable que por ello, en varios indicadores se aprecie también importantes ganancias en las comunidades de control, gráficamente representadas por líneas paralelas en la tendencia de los indicadores en ambos tipos de comunidades.

En asuntos de género, empoderamiento y uso de servicios de salud los logros del proyecto son variados y se comentan por separado para cada Resultado Intermedio. Pero en general puede decirse que las mujeres beneficiarias³¹ residentes de comunidades remotas o de zonas periféricas de algunas ciudades del área de influencia del proyecto, han interiorizado lo aprendido, y progresivamente lo están transformando en actitudes

³⁰ Las Naciones Unidas, la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, USAID; el Banco Interamericano de Desarrollo, BID, el Banco Mundial, la Agencia de Cooperación de Japón, JICA, la Agencia de Cooperación del Reino Unido, DfID; la Agencia Española de Cooperación Internacional, entre otros.

³¹ quienes por primera vez tenían la oportunidad de escuchar mensajes sobre esos temas pasaron del desconcierto inicial (por tratarse de asuntos que en su cultura y en su mente eran, hasta ese momento, “imposibles” de ser tocados) a la satisfacción y agradecimiento posterior (sobre los cuales hay innumerables testimonios orales), por haber sido favorecidas con conocimientos e información que ha impactado positivamente en el desenvolvimiento de sus vidas.

positivas y en comportamientos asertivos que contribuyen a mejorar su capacidad de negociación en el plano doméstico y social.

En cuanto al Resultado Intermedio 1, cuyo afán es que las mujeres tengan relaciones de género más equitativas con sus parejas y sus familias, el proyecto ha tenido logros importantes empoderando a las mujeres. Aumentó el porcentaje de quienes deciden en qué gastan el dinero que ganan y el de aquéllas que resuelven de acuerdo con su pareja sobre relaciones sexuales, métodos anticonceptivos, número de hijos y nivel educativo para las hijas y los hijos. Sin embargo, el proyecto no ha conseguido incrementar la participación masculina en las labores domésticas.

En relación al Resultado Estratégico 1.1 que busca fortalecer las habilidades de las mujeres para conseguir cambios en sus relaciones de género, gracias al proyecto se ha elevado significativamente el porcentaje de mujeres que no tiene relaciones sexuales obligada o convencida, así como el de aquéllas que están dispuestas a recurrir a la policía o autoridades en caso de ser golpeadas por su pareja. Logros moderados se aprecia en la mejora de la comunicación de las mujeres con su pareja sobre planificación familiar; así como en el conocimiento de lugares a dónde ir a pedir ayuda o consejo si son físicamente agredidas. El proyecto no ha hecho diferencia en las comunidades intervenidas, respecto a las de control, en la actitud favorable a que la mujer ejerza su derecho de protegerse de un embarazo no deseado aunque su pareja no esté de acuerdo; tampoco en el porcentaje de mujeres que ha hablado con sus hijos sobre relaciones de pareja y planificación familiar.

La intervención ha tenido un éxito modesto en el Resultado Intermedio 1.2 que persigue aumentar las actitudes positivas de los varones en su relación con las mujeres y la familia. El porcentaje de varones que cree que a la mujer no se le puede golpear en ningún caso y el de quienes creen que el hombre no tiene derecho a exigir relaciones sexuales si la mujer no quiere cambió poco en las comunidades intervenidas respecto a las de control.

Respecto al Resultado Intermedio 1.3 cuyo propósito es incrementar el conocimiento de las mujeres sobre la situación de género, el proyecto tuvo un importante efecto positivo en el aumento del porcentaje de mujeres que cree que las hijas y los hijos deben estudiar hasta el mismo nivel y en el de varones que cree que el trabajo que realizan es igual de importante que el de su pareja; tuvo un bajo efecto en el incremento del porcentaje de varones que está de acuerdo en el mismo derecho a la educación de las hijas e hijos; pero no ha aumentado la valoración del trabajo femenino por parte de las mujeres, ni la valoración positiva masculina del trabajo de la mujer en el hogar. Esto último sugeriría que el varón aprecia mejor el trabajo de la mujer cuando es realizado fuera del hogar.

Los menores logros del proyecto en cuanto a percepciones sobre género deben entenderse en el contexto de los cambios que respecto a estos temas está teniendo lugar en la sociedad en su conjunto. Post Conferencia de El Cairo, se ha generado una corriente de opinión pública favorable a la discusión y toma de posición sobre relaciones equitativas entre los sexos, derechos de la mujer y empoderamiento; temas que se tratan con frecuencia, inclusive en programas de radio y televisión locales. Este escenario explicaría por qué en comunidades intervenidas y de control las percepciones sobre aspectos de

V. CONCLUSIONES

género se han igualado dando la impresión que no es necesaria una intervención específica para lograr un cambio positivo. Sin embargo, el proyecto ha acelerado relativamente los cambios.

Es difícil concluir sobre los logros del Resultado Intermedio 2, que busca mujeres con mayor capacidad para acceder a los servicios de salud, por ausencia de indicadores en el Marco de Resultados que midan su cumplimiento. El único disponible, que fue definido para esta evaluación (que puede no ser el más apropiado), muestra que en las comunidades intervenidas no se ha incrementado más que en las no intervenidas el porcentaje de mujeres que ha acudido a un establecimiento de salud para una consulta en salud reproductiva o para atención en planificación familiar. Esto se contradice con el notable logro comentado sobre los indicadores del Objetivo Estratégico.

En lo que respecta al Resultado Intermedio 2.1 que trata de incrementar la capacidad de las mujeres como consumidoras finales de servicios de salud, el proyecto ha aumentado moderadamente la opinión positiva sobre la calidad de los servicios en mujeres que se atendieron por prenatal y post parto en establecimientos de salud, pero no ha actuado en el mismo sentido entre aquéllas que se atendieron por cualquier otro malestar o que fueron al establecimiento acompañando a alguien.

Sobre el Resultado Intermedio 2.2 que tiene como propósito aumentar la valoración positiva de la salud de la mujer dentro de los hogares y la comunidad, el proyecto ha mejorado considerablemente el porcentaje de mujeres que cuida su salud para sentirse bien y el de aquéllas que se atendieron de malestares por flujos vaginales. Su efecto ha sido bajo en el aumento del porcentaje de mujeres que ha realizado algún gasto en su salud, y no ha producido cambios en la disposición de la mujer de acudir a un establecimiento de salud en presencia de signos de alarma que indican riesgo.

El éxito del proyecto es claro cuando se examinan los indicadores del Resultado Intermedio 2.6 cuya finalidad es que las mujeres incrementen el conocimiento sobre sus necesidades de salud reproductiva. En efecto, ha aumentado sorprendentemente el conocimiento de cómo funciona por lo menos un método moderno (que es el indicador de mayor impacto de los 39 examinados) y de cómo se contagia de regla blanca (segundo en el ranking de mayor a menor impacto), y es moderado su efecto en el crecimiento del porcentaje de usuarias de ritmo que conocen los días fértiles del ciclo, (quinto en el orden jerárquico por nivel de impacto). Ligeros efectos se observa en el aumento del porcentaje de mujeres que ha escuchado sobre el examen de Papanicolau o el de mamas y en el de aquéllas que opinan sobre las ventajas anticonceptivas de la lactancia materna. El proyecto no ha modificado el conocimiento de malestares del embarazo y del post parto que indican riesgo.

Las cifras respecto al cumplimiento del Objetivo Estratégico del proyecto son categóricas. El incremento del uso de anticonceptivos y la disminución de la demanda insatisfecha de planificación familiar son consistentes con el increíble aumento del conocimiento de cómo funciona al menos un método moderno, con el aumento moderado del conocimiento de los días fértiles del ciclo y con el incremento del porcentaje de

mujeres que no tiene relaciones sexuales obligada o convencida. Pero el notable aumento de la atención profesional del embarazo y del parto no tiene el mismo sustento, al no haber afectado el proyecto indicadores como el porcentaje de mujeres que ha acudido a una consulta en salud reproductiva o en planificación familiar o el porcentaje que iría a un establecimiento de salud en presencia de malestares que indican riesgo. Es muy probable que otros indicadores no incluidos en el Marco de Resultados puedan dar cuenta de estos logros, a cuya identificación el proyecto debe enfocar sus esfuerzos.

Respecto a la ganancia adicional del proyecto si al componente educativo se le agrega otro de generación de ingresos, los resultados no son categóricos debido a que el análisis se basó en datos limitados. Aparentemente, las actividades de microcréditos aportarían una mejora en el rendimiento del proyecto en aspectos de cuidado de la salud, así como en la disposición de utilizar los servicios formales de atención. Se aprecia un mayor incremento en la atención profesional del embarazo y del parto en las comunidades con bancos comunales respecto a aquéllas donde sólo se desarrollaron actividades educativas. También se observa un mayor uso de anticonceptivos y una disminución más acentuada de la necesidad insatisfecha de planificación familiar. Sin embargo, en cuanto a las percepciones de género y empoderamiento, el componente de microcréditos no sólo no añadiría una ganancia al componente educativo, sino que parecería influir negativamente en su efecto. Los resultados positivos y negativos de esta sección merecerían un examen más profundo con datos representativos y de mejor calidad.

VI. RECOMMENDACIONES

1. Evaluar la pertinencia de los indicadores en función de los Resultados Intermedios para cuya medición fueron desarrollados. Algunos ejemplos:

- El RI 1.2 busca medir el aumento de actitudes positivas de los varones en su relación con las mujeres y la familia, sin embargo los tres indicadores propuestos: 17,18 y 18.1 sondean opiniones y percepciones, pero no actitudes.
- Lo mismo pasa con el RI 1.3 que busca que las mujeres incrementen el conocimiento sobre la situación de género, pero, excepto el indicador 23, todos los demás captan opiniones e ideas, pero no conocimiento.
- Por el contrario, el RI 2.2 cuyo afán es el aumento de la valoración positiva de la salud de la mujer dentro de los hogares y la comunidad, que debería ser medido con indicadores sobre percepciones, tiene tres indicadores que miden práctica.
- Los indicadores que miden opiniones sobre la calidad de los servicios de salud, no parecen ser los más indicados para medir el RI 2.1: Mujeres mejoran sus capacidades como consumidoras finales de servicios formales de salud. Miden en cierta forma empoderamiento, pero tampoco esto, claramente.

2. Crear nuevos indicadores para medir los Resultados Intermedios que complementen los ya existentes (algunos han sido sugeridos en el cuadro1), considerando la información recogida en la última versión del cuestionario individual aplicado a mujeres en edad fértil y a varones de 15 a 59 años.

3. Revisar el fraseo y la definición de algunos indicadores de los Resultados Intermedios del Marco de Resultados, por ejemplo:

- Definir el número de veces que debe haber ocurrido el evento para considerarlo “muy menudo” en los indicadores 13, 13.1 y 16.
- Fijar el período para atención profesional del último embarazo y/o parto (indicadores 1, 1a y 2) a 2 años antes de la entrevista, en lugar de tres años.
- Refrasear el indicador 20 para comparar el trabajo del hogar con el que se realiza fuera del hogar, o el trabajo de la mujer en el hogar con el que realiza el varón fuera del hogar. Actualmente el indicador compara “el trabajo del hogar con el que realiza su esposo”
- Reformular o cambiar el indicador 32. La pregunta en la que se basa su construcción puede que no sea entendida por las mujeres. El indicador puede ser construido con un set de preguntas, indagando de qué manera o maneras la mujer

cuida su salud; preguntado luego si acude a un establecimiento para chequeo médico (examen de PAP o de mamas), cada qué tiempo lo hace, y averiguando por qué la mujer cuida su salud.

- Desagregar el indicador 7 en tres sub indicadores para conocer en qué aspecto: relaciones sexuales, planificación familiar o número de hijos, las mujeres han conseguido tomar decisiones conjuntas con su pareja y, por lo tanto, conseguir una relación de género más equitativa.
- Reformular los indicadores 26 y 27 para hacer que la opinión de la mujer sobre el servicio se refiera al establecimiento a donde la mujer acude por atención y no al establecimiento más cercano. Es muy probable que la mujer vaya al más cercano, pero el indicador debe precisarlo.

4. En vista que USAID podría, eventualmente, solicitar al proyecto los indicadores que en el Project Paper, (Number 527-0355, agosto 1995, pag vi), han sido incluidos para evaluar el cumplimiento de los objetivos y resultados intermedios de ReproSalud, revisar el documento y pensar en una respuesta. En realidad, son pocos los indicadores considerados en ese documento que pueden ser obtenidos, los demás son difíciles por no decir, imposibles. Textualmente dice:

“At the goal level, project success will be measured by such indicators as total fertility, maternal mortality, infant mortality, chronic malnutrition and STD prevalenc. At the sub-goal level, success will be measured by percentage of women participating in decision-making at the local level, percent increase in women-controlled organizations at the community level and percent expansion of economic opportunities for women.

At the purpose level, project success will be measured by contraceptive prevalence, contraceptive failure, contraceptive discontinuation, length of birth intervals, duration of exclusive breastfeeding, use of prenatal care, births attended by trained personnel, prevalence of genital tract infections and prevalence of iron-deficiency anemia.

5. La información disponible sobre Reprosalud, recogida mediante los instrumentos descritos en Primera Parte de este informe, así como a través del monitoreo del proyecto, es abundante, valiosa y diversa. Debería ser analizada tanto globalmente como por regiones y publicada en reportes de investigación para compartir con otras organizaciones y agencias cooperantes los diferentes aspectos del trabajo de ReproSalud y sus logros en la comunidad. Inclusive las encuestas de hogares, a partir de las cuales se realizó esta evaluación, dan para un análisis detallado a nivel departamental si se incluye en la base de datos las 70 comunidades contraparte, y a nivel global comparando las comunidades contraparte con las asociadas y las de control a fin de examinar el efecto agregado de las actividades según el tipo de participación de la comunidad en el proyecto.

ANEXOS

A: Documentos Revisados	96
B: Marco de Resultados	98
C: Comunidades Contraparte versus Comunidades de Control	101
D: Indicadores de la Línea de Base y de la Evaluación Intermedia.....	103
E: Muestra de Comunidades con Bancos Comunales y con Intervención Educativa Únicamente	108
F: Tablas de Indicadores	110

ANNEX A
DOCUMENTOS REVISADOS

Documentos Revisados

The Alan Guttmacher Institute. *Aborto Clandestino: Una realidad latinoamericana* (Nueva York: The Alan Guttmacher Institute). 1994.

Anderson, J. *Tendiendo Puentes*. Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud. Manuela Ramos. 2001.

Coe, Ann-Britt. *Health, Rights and Realities: An analysis of the ReproSalud Project in Peru*. Center for Health and Gender Equity. Working Papers. 2001.

Feringa, B. *Dos años en el campo: ReproSalud visto a través de los ojos de las mujeres*. 1999.

Ferrando, D. *Prevalencia del aborto inducido en el Perú*. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y Pathfinder International, (en impresión). 2001.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (1994). *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*. El Cairo. 1994.

INEI-CEPAL. *Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950-2050. Urbana-Rural 1970-2025*. Boletín de Análisis Demográfico N° 35. Investigaciones en Población N° 1. 2001.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. Macro International. *Encuesta demográfica y de salud Familiar. Informe General: 1986, 1991-1992, 1996 y 2000*.

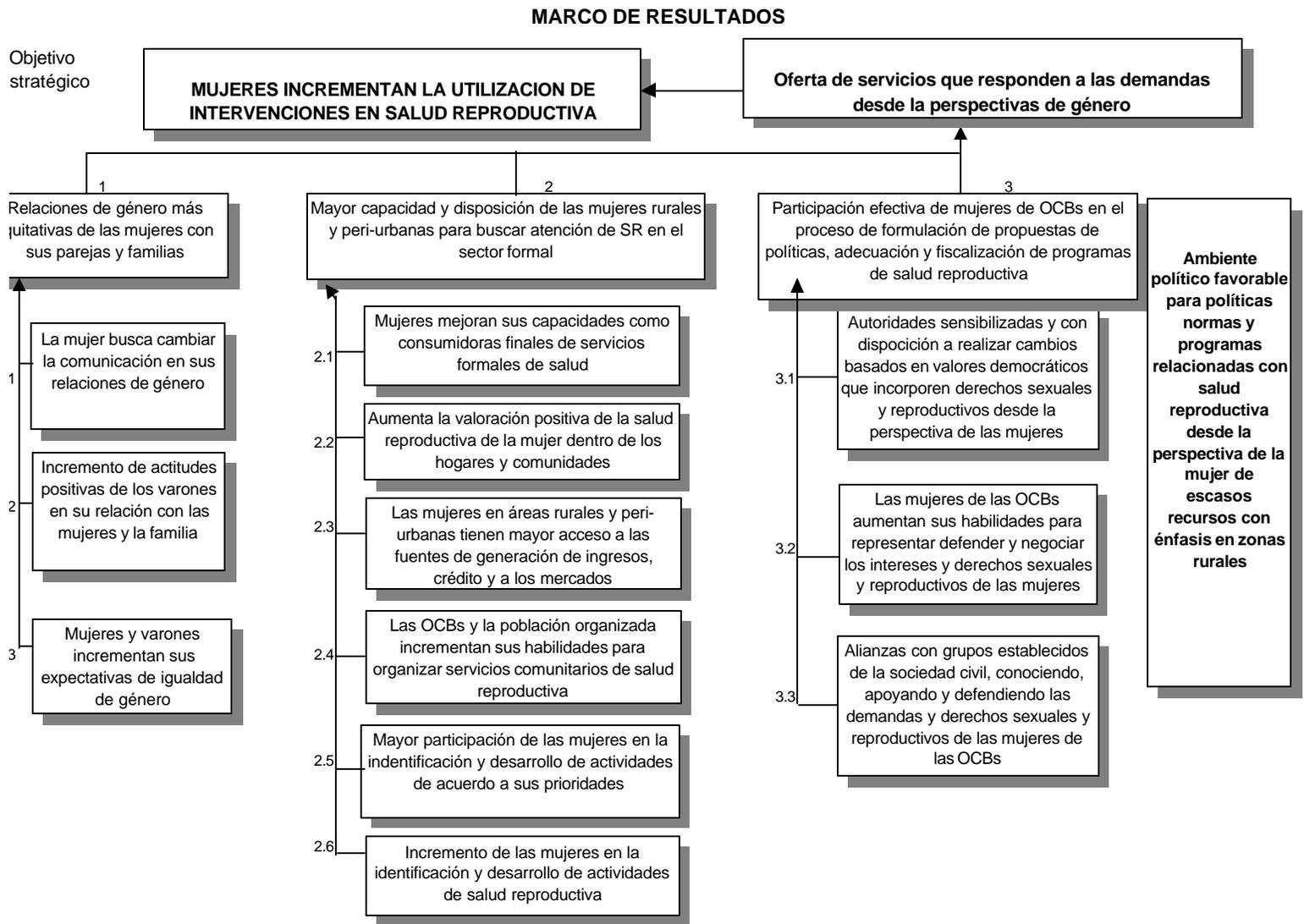
USAID/Peru. Office of Health, Population & Nutrition. Project Paper. *Reproductive Health in the Community ReproSalud. A bottom-up approach to promoting reproductive health & women's empowerment*. Project Number 527-0355. 1995.

Yon, C. *Preferencias Reproductivas y Anticoncepción. Hablan las Mujeres Andinas*. Manuela Ramos. 2000.

ANNEX B

MARCO DE RESULTADOS

Reprosalud : Marco de Resultados e Indicadores



ANEXOS	
Resultados	INDICADORES
OE: Mujeres incrementan la utilización de intervenciones en salud reproductiva	1. % de mujeres que tuvieron control pre-natal en el último embarazo con personal de salud 2. % de mujeres que atendieron su último parto con personal de salud 3. % de mujeres unidas que usan algún método anticonceptivo 4. % de mujeres unidas con necesidad insatisfecha de planificación familiar (incluye a usuarias de ritmo que no conocen su período fértil) * % de mujeres unidas con necesidad insatisfecha de pf (ENDES 96 al cual se ha agregado usuarias de ritmo que no conocen su período fértil) 4.1 % de mujeres unidas con necesidad insatisfecha de planificación familiar * Necesidad básica insatisfecha ENDES 96 L/B Y ENDES 2000 E/I
RI 1: Mujeres tienen relaciones de género más equitativas con sus parejas y sus familias	5. % de mujeres unidas cuya pareja ayuda cuando los niños se enferman 6. % de mujeres que deciden en qué se gasta el dinero que gana ella. 7. % de mujeres que deciden conjuntamente con su pareja sobre relaciones sexuales, métodos anticonceptivos y número de hijos 9. % de mujeres que hacen una o más tareas en su casa conjuntamente con su pareja 11. % de mujeres que deciden conjuntamente con su pareja hasta que nivel de educación deben estudiar hijas e hijos
RI 1.1: Mujeres fortalecen sus habilidades para conseguir cambios en sus relaciones de género	12. % de mujeres que están de acuerdo en que la mujer decida cuidarse aún cuando la pareja se oponga 12.1 % de mujeres que no tienen relaciones sexuales obligada o convencida 13. % de mujeres que han hablado con su pareja muy a menudo sobre planificación familiar en los últimos 12 meses 13.1 % de mujeres que han hablado con su pareja muy a menudo sobre ETS en los últimos 12 meses 14. % de mujeres que acudirían a pedir ayuda a la policía-autoridades si su marido la golpease 15. % de mujeres que han hablado con su pareja sobre los riesgos del embarazo y los riesgos del post-parto en los últimos 12 meses 16. % de mujeres que han hablado muy a menudo con sus hijos sobre relaciones de pareja y planificación familiar en los últimos 12 meses
RI 1.2: Aumento de actitudes positivas de los varones en su relación con las mujeres y la familia	17. % de varones que creen que a la mujer no se le puede golpear en ningún caso 18. % de varones que creen que el hombre no tiene derecho a exigir relaciones sexuales cuando la mujer no quiere 18.1 % de varones que creen que ambos deben cuidar a los niños cuando se enferman
RI 1.3: Mujeres y varones incrementan el conocimiento sobre la situación de género	19. % de mujeres que creen que el trabajo que realizan es igual de importante que el que realizan su pareja 19.1 % de varones que creen que el trabajo que realizan es igual de importante que el que realizan su pareja 20. % de mujeres que creen que el trabajo del hogar es igual de importante que el trabajo de su esposo 20.1 % de varones que creen que el trabajo que realiza su esposa en el hogar es igual de importante que el trabajo de su esposo 21. % de mujeres que creen que las hijas y los hijos deben estudiar hasta el mismo nivel 21.1 % de varones que creen que las hijas y los hijos deben estudiar hasta el mismo nivel 23. % de mujeres que tienen mayor puntaje en prueba de salida (rango) capítulo género
RI 2: Mujeres con mayor capacidad para acceder a los servicios de SR	
RI 2.1: Mujeres mejoran sus capacidades como	26. % de mujeres que creen que los servicios que brinda el establecimiento de salud más cercano son buenos (o muy buenos)

ANNEX C

COMUNIDADES CONTRAPARTE VERSUS COMUNIDADES DE CONTROL

CONTRAPARTE Y COMUNIDADES DE CONTROL

COMUNIDADES										CONTROL								
CONTRAPARTE																		
Departamento y Provincia	Distrito	Comunidad	*Estab. de Salud	Area	N° de habitantes	Msnm (altitud)	% de analfabetismo	% de población rural	Con una NBI	Provincia	Distrito	Comunidad	*Estab. de Salud	Area	N° de habitantes	Msnm (altitud)	% de analfabetismo	
ANCASH																		
1	Carhuaz	Marcará	C.S	U	7704	2726	64.3	87.1	60.9	Carhuaz	Tinco	Tinco	P.S.	U	2514	2588	38.3	
2	Carhuaz	Shilla	NT	R	3307	3910	84.2	76.8	77.6	Carhuaz	Amashca	Shapashmarca	NT	R	1816	2850	62.2	
3	Huaraz	Tarica	P.S	U	4743	2802	55.6	80.4	89.0	Carhuaz	Amashca	Amashca	P.S.	U	1816	2850	62.2	
4	Carhuaz	Marcará	NT	R	7704	2726	64.3	87.1	60.9	Carhuaz	Ataquero	Huellap	NT	R	1792	2719	64.7	
AYACUCHO																		
5	Cangallo	Los Morochucos	C.S.	U	6909	3330	61.4	88.8	97.8	Víctor Fajardo	Colca	Colca	P.S	U	1513	2972	54.9	
6	Huamanga	S Juan Bautista	NT	U	20558	2800	26.1	2.4	57.9	Huamanga	Ayacucho	Barrio Covadonga	NT	U	82131	2746	21.3	
7	Cangallo	Cangallo	P.S.	R	6193	2577	52.4	67.2	84.9	Huanta	Santillana	Arahuay	P.S.	R	6395	3262	73.4	
HUANCAVELICA																		
8	Huancavelica	Huancavelica	H.A	U	36826	3660	24.3	15.9	75.5	Tayacaja	Pampas	Pampas	C.S.	U	9649	3276	36.1	
9	Acobamba	Paucará	C.S.	U	9270	3806	56.5	79.7	98.7	Tayacaja	Pazos	Pazos	C.S.	U	7501	3840	45.7	
10	Huancavelica	Acoria	P.S.	R	22656	3167	57.2	95.7	97.1	Huancavelica	Vilca	Vilca	P.S	R	3305	3275	30.5	
11	Angaraes	Lircay	NT	R	20045	3278	60.0	76.9	92.5	Tayacaja	Ahuaycha	Purohuay	NT	R	4393	3280	44.2	
12	Angaraes	Anchonga	P.S.	U	5573	3298	74.6	94.5	99.9	Tayacaja	Salcabamba	Salcabamba	P.S.	U	5765	3073	53.0	
LA LIBERTAD																		
13	Otuzco	Usquil	P.S.	R	24203	3018	38.9	91.7	75.1	Sanchez Carrión	Huamachuco	Chuquizonguillo	P.S.	R	37708	3169	47.0	
14	Otuzco	Agallpampa	NT	R	9656	3117	34.4	92.6	89.6	Julcan	Calamarca	Sicchal	P.S.	R	8057	3150	39.2	
PUNO QUECHUA																		
15	Melgar	Ayaviri	H.A.	U	23281	4400	26.2	26.5	53.9	Canchis	Sicuani	Barrio San Andres	H.A.	U	51083	3554	33.5	
16	Azangaro	Arapa	NT	R	10757	3838	41.5	93.0	87.4	Puno	Coata	Sucasco-Tarizani	NT	R	6301	3814	39.7	
PUNO AYMARA																		
17	El Collao	Ilave	P.S.	R	48054	3847	34.6	70.5	71.0	Puno	Acora	Marca-Esqueña	NT	R	29420	3867	36.9	
18	Yunguyo	Yunguyo	NT	R	30360	3826	43.6	70.3	56.8	Puno	Acora	Chanchilla	NT	R	29420	3867	36.9	
19	Chucuito	Pomata	C.S.	U	18891	3863	38.0	91.7	85.7	Moho	Moho	San Pedro de Moho	C.S.	U	20120	3882	35.6	
20	Chucuito	Zepita	P.S.	U	19085	3814	35.3	94.3	81.1	Puno	Acora	Santa Rosa de Yan	P.S.	U	29420	3867	36.9	
SAN MARTIN																		
21	Lamas	Tabalosos	C.S.	U	11086	1050	31.9	16.7	71.9	Lamas	Lamas	Lamas (Ancoallo)	H.A.	U	13651	809	28.0	
22	El Dorado	Shatoja	P.S.	U	1653	700	33.0	52.1	79.8	Picota	Tingo de Ponasa	Leoncio Prado	C.S.	U	2605	400	11.8	
UCAYALI																		
23	Coronel Portillo	Masisea	P.S.	R	12083	225	19.5	84.0	92.2	Coronel Portillo	Masisea	Caimito	P.S.	R	12083	225	19.5	
24	Coronel Portillo	Masisea	C.S.	U	12083	225	19.5	84.0	92.2	Atalaya	Sepahua	Sepahua	P.S	U	3698	276	26.5	
25	Padre Abad	Irazola	P.S.	U	13280	212	18.7	85.2	89.5	Padre Abad	Curimaná	Curimaná	P.S.	U	S/I	S/I	S/I	

* H.A. =Hospital; C.S.= Centro de salud; P.S. = Puesto de salud; NT = No tiene

S/I = Sin información en el censo de población y vivienda 1993

UTEM 5/2/2002

ANNEX D

**INDICADORES DE LA LÍNEA DE BASE Y DE LA EVALUACION
INTERMEDIA**

**INDICADORES DEL MARCO DE RESULTADOS SEGÚN LA LÍNEA DE BASE (LB) Y LA EVALUACIÓN INTERMEDIA (EI): COMUNIDADES
CONTRAPARTE Y COMUNIDADES DE CONTROL**

INDICADORES	Comunidades Contraparte							Comunidades de Control							Odds Ratio OR	
	LB	EI	Dif.	n LB	n EI	z	Signif	LB	EI	Dif.	n LB	n EI	z	Signif		
IV. OE: MUJERES INCREMENTAN LA UTILIZACIÓN DE INTERVENCIONES EN SALUD REPRODUCTIVA																
1.a % de mujeres que tuvo 4 o más controles con personal de salud durante el último embarazo ocurrido dos años antes de la encuesta	55.6	83.1	27.5	372	261	-7.240	Sig (0.05)	62.2	81.0	18.8	312.0	294.0	-5.114	Sig (0.05)	1.148	
2. % de mujeres que atendió su último parto, ocurrido dos años de la encuesta, con personal de salud	36.1	48.0	11.9	465	279	-3.200	Sig (0.05)	40.9	42.7	1.8	425	321	-0.494		1.274	
3. % de mujeres unidas que usa algún método anticonceptivo	58.4	71.8	13.4	1046	855	-6.071	Sig (0.05)	60.6	64.6	4.0	1076	823	-1.783	Sig (0.05)	1.153	
4. % de mujeres unidas con necesidad insatisfecha de planificación familiar (incluye a usuarias de ritmo que no conocen su período fértil)	48.4	37.3	-11.1	1034	848	4.834	Sig (0.05)	50.1	46.9	-3.2	1071	818	1.379	Sig (0.10)	0.823	
4.1 % de mujeres unidas con necesidad insatisfecha de planificación familiar	27.1	17.9	-9.2	1042	855	4.741	Sig (0.05)	26.1	21.1	-5.0	1069	821	2.525	Sig (0.05)	0.817	
V. RI 1: MUJERES TIENEN RELACIONES DE GÉNERO MÁS EQUITATIVAS CON SUS PAREJAS Y SUS FAMILIAS																
5. % de mujeres unidas cuya pareja ayuda cuando los niños se enferman	38.7	44.7	6.0	955	783	-2.527	Sig (0.05)	30.0	35.3	5.3	979	753	-2.338	Sig (0.05)	0.982	
6. % de mujeres que decide en qué se gasta el dinero que gana ella.	31.6	36.1	4.5	1599	1389	-2.596	Sig (0.05)	29.8	27.8	-2.0	1540	1246	1.158		1.225	
7. % de mujeres que decide conjuntamente con su pareja sobre relaciones sexuales, métodos anticonceptivos y número de hijos	23.7	32.9	9.2	1035	848	-4.431	Sig (0.05)	22.6	27.8	5.2	1067	817	-2.588	Sig (0.05)	1.129	
9. % de mujeres que hace una o más tareas en su casa conjuntamente con su pareja	23.2	46.7	23.5	1045	855	-10.77	Sig (0.05)	18.6	37.9	19.3	1075	824	-9.392	Sig (0.05)	0.998	
11. % de mujeres que decide conjuntamente con su pareja hasta qué nivel de educación deben estudiar hijas e hijos	57.4	64.0	6.6	965	776	-2.798	Sig (0.05)	57.8	58.0	0.2	971	767	-0.084		1.111	
11.a % de mujeres unidas que ha hablado con su pareja sobre el número de hijos que desean tener	67.8	72.6	4.8	1054	853	-2.273	Sig (0.05)	69.3	74.0	4.7	1074.0	820.0	-2.241	Sig (0.05)	1.003	
C. RI 1.1: MUJERES FORTALECEN SUS HABILIDADES PARA CONSEGUIR CAMBIOS EN SUS RELACIONES DE GÉNERO																
12. % de mujeres que está de acuerdo que la mujer decida cuidarse aún cuando la pareja se oponga	68.9	64.4	-4.5	1039	855	2.071	Sig (0.05)	65.0	60.4	-4.6	1073	823	2.056	Sig (0.05)	1.006	
12.1 % de mujeres que no tiene relaciones sexuales obligada o convencida	50.6	64.0	13.4	1040	852	-5.852	Sig (0.05)	55.4	58.7	3.3	1067	820	-1.435	Sig (0.10)	1.194	
13. % de mujeres que ha hablado con su pareja muy a menudo sobre PF en los últimos 12 meses	15.2	20.3	5.1	1044	852	-2.908	Sig (0.05)	11.4	14.1	2.7	1074	822	-1.757	Sig (0.05)	1.080	

ANEXOS

14. % de mujeres que acudiría a pedir ayuda a la policía-autoridades si su marido la golpease	14.3	38.4	24.1	1037	854	-12.01	Sig (0.05)	15.7	37.2	21.5	1067	822	-10.691	Sig (0.05)	1.133
INDICADORES	Contraparte							Control							Odds Ratio OR
	LB	EI	Dif.	n LB	n EI	z	Signif	LB	EI	Dif.	n LB	n EI	z	Signif	
16. % de mujeres que ha hablado muy a menudo con sus hijos sobre relaciones de pareja y planificación familiar en los últimos 12 meses	7.1	16.0	8.9	396	381	-3.893	Sig (0.05)	3.9	10.4	6.5	388	289	-3.352	Sig (0.05)	0.845
16.a % de mujeres que sabe a dónde acudir a pedir ayuda o consejo en caso de ser golpeada	45.6	65.6	20.0	1607	1395	-10.98	Sig (0.05)	44.8	59.5	14.7	1549.0	1251.0	-7.737	Sig (0.05)	1.083
VI. RI 1.2: AUMENTO DE ACTITUDES POSITIVAS DE LOS VARONES EN SU RELACIÓN CON LAS MUJERES Y LA FAMILIA															
17. % de varones que cree que a la mujer no se le puede golpear en ningún caso	57.4	64.0	6.6	707	697	-2.531	Sig (0.05)	58.8	63.0	4.2	679	633	-1.557	Sig (0.10)	1.041
18. % de varones que cree que el hombre no tiene derecho a exigir relaciones sexuales cuando la mujer no quiere	84.6	91.5	6.9	706	697	-3.981	Sig (0.05)	88.8	91.8	3.0	681	633	-1.831	Sig (0.05)	1.046
VII. RI 1.3: MUJERES INCREMENTAN EL CONOCIMIENTO SOBRE LA SITUACIÓN DE GÉNERO															
19. % de mujeres que cree que el trabajo que realiza es igual de importante que el trabajo que realiza su pareja	51.4	57.8	6.4	730	813	-2.522	Sig (0.05)	48.4	55.2	6.8	997	786	-2.852	Sig (0.05)	0.986
19.1 % de varones que cree que el trabajo que realiza es igual de importante que el trabajo que realiza su pareja	52.1	69.8	17.7	476	620	-5.987	Sig (0.05)	55.9	68.3	12.4	612	571	-4.388	Sig (0.05)	1.097
20. % de mujeres que cree que el trabajo del hogar es igual de importante que el trabajo de su esposo	33.7	44.1	10.4	804	855	-4.339	Sig (0.05)	30.2	42.7	12.5	1073	822	-5.631	Sig (0.05)	0.926
20.1 % de varones que cree que el trabajo que realiza su esposa en el hogar es igual de importante que el trabajo de su esposo	36.2	47.4	11.2	561	698	-3.997	Sig (0.05)	33.3	47.9	14.6	682	633	-5.393	Sig (0.05)	0.910
21. % de mujeres que cree que las hijas y los hijos deben estudiar hasta el mismo nivel	86.7	91.9	5.2	610	492	-2.745	Sig (0.05)	94.5	89.6	-4.9	602	442	2.957	Sig (0.05)	1.118
21.1 % de varones que cree que las hijas y los hijos deben estudiar hasta el mismo nivel	89.1	91.4	2.3	385	386	-1.077		91.6	90.9	-0.7	370	320	0.325		1.034
VIII. RI 2: MUJERES CON MAYOR CAPACIDAD PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA															
24. % de mujeres que ha acudido a un establecimiento de salud para una consulta sobre salud reproductiva o para atención en planificación familiar	26.3	42.2	15.9	1606	1392	-9.187	Sig (0.05)	22.5	39.7	17.2	1549	1248	-9.851	Sig (0.05)	0.909
IX. RI 2.1: MUJERES MEJORAN SUS CAPACIDADES COMO CONSUMIDORAS FINALES DE SERVICIOS FORMALES DE SALUD															
26. % de mujeres que cree que los servicios que brinda el establecimiento de salud más cercano son buenos (o muy buenos)	45.5	56.2	10.7	1260	1039	-5.107	Sig (0.05)	52.8	69.7	16.9	1550	968	-8.397	Sig (0.05)	0.936

EVALUACIÓN DE IMPACTO DE MEDIO TÉRMINO DEL PROYECTO REPROSALUD

27. % de mujeres que ha asistido a un establecimiento de salud para control prenatal y postparto y cree que los servicios que brinda el establecimiento más cercano son buenos (o muy buenos)	55.4	61.2	5.8	271	344	-1.450	Sig (0.10)	67.8	69.3	1.5	314	271	-0.389		1.081
RI 2.2: Aumento de la valoración positiva de la salud de la mujer dentro de los hogares y la comunidad															
29. % de mujeres unidas que iría a un establecimiento de salud en presencia de malestares que indican riesgo.	42.6	71.6	29.0	655	783	-11.11	Sig (0.05)	36.8	62.2	25.4	1005	786	-10.678	Sig (0.05)	0.994
30. % de mujeres que se atendió de los malestares por regla blanca	63.2	73.4	10.2	392	247	-2.673	Sig (0.05)	71.5	70.5	-1.0	358	219	0.257		1.178
INDICADORES	Contraparte							Control							Odds Ratio OR
	LB	EI	Dif.	n LB	n EI	z	Signif	LB	EI	Dif.	n LB	n EI	z	Signif	
30a. % de mujeres que se atendió de los malestares por regla blanca con personal de salud	50.6	61.4	10.8	393	246	-2.669	Sig (0.05)	51.4	58.4	7.0	358	219	-1.637	Sig (0.10)	1.068
32. % de mujeres que cuida su salud para sentirse bien	56.8	65.1	8.3	1246	1393	-4.368	Sig (0.05)	65.2	56.4	-8.8	1535	1250	4.741	Sig (0.05)	1.325
33. % de mujeres que realizó algún gasto en su salud en los últimos 12 meses	49.5	50.0	0.5	1608	1395	-0.273		45.7	45.2	-0.5	1549	921	0.241		1.021
D. RI 2.6: MUJERES INCREMENTAN EL CONOCIMIENTO SOBRE SUS NECESIDADES DE SALUD REPRODUCTIVA															
38. % de mujeres unidas que sabe cómo funciona al menos un método moderno	13.5	55.5	42.0	1608	1395	-24.41	Sig (0.05)	14.9	31.9	17.0	1550	1251	-10.713	Sig (0.05)	1.920
39. % de usuarias de ritmo que conoce los días fértiles del ciclo	22.5	28.3	5.8	239	214	-1.419	Sig (0.10)	24.0	24.1	0.1	306	233	-0.027		0.782
40. % de mujeres unidas que conoce algún malestar del embarazo y del post parto que indican situación de riesgo	19.4	46.0	26.6	1044	855	-12.43	Sig (0.05)	13.2	40.0	26.8	1076	823	-13.399	Sig (0.05)	0.782
43. % de mujeres que conoce cómo se contagia de regla blanca	4.9	19.0	14.1	1193	1150	-10.57	Sig (0.05)	4.7	11.4	6.7	1007	921	-5.448	Sig (0.05)	1.599
43.a % de mujeres que ha escuchado sobre Papanicolau o el examen de mamas	63.2	81.4	18.2	1608	1395	-11.04	Sig (0.05)	59.6	71.8	12.2	1550.0	1251.0	-6.732	Sig (0.05)	1.069
43.b % de mujeres que piensa que mientras una mujer está dando de lactar es difícil que quede embarazada	34.0	56.3	22.3	1193	1001	-10.48	Sig (0.05)	30.9	46.9	16.0	1200.0	951.0	-7.594	Sig (0.05)	1.091

n = número de casos

ANNEX E

**MUESTRA DE COMUNIDADES CON BANCOS COMUNALES Y CON
INTERVENCION EDUCATIVA UNICAMENTE**

Muestra de cominidades con bancos comunales y con intervención educativa únicamente

CUADRO COMPARATIVO BANCOS LINEA DE BASE Vs EVALUACION INTERMEDIA

	Nombre de la comunidad con Banco	LA LIBERTAD				Nombre del Banco	PUNO AYMARA				TOTAL			
		MUJ	Socias	HOMB	TOTAL		MUJ	Socias	HOMB	TOTAL	MUJ	Socias	HOMB	TOTAL
LINEA DE BASE	BC Cielo Salpino	46	13	33	79	Bc 14 de Setiembre	69	22	63	132	115	35	96	211
	BC Carmen del Rosari	26	11	31	57	Santa Barbara	45	12	43	88	71	23	74	145
TOTAL		72	24	64	136		114	34	106	220	186	58	170	356
EVALUACION INTERMEDIA	BC Cielo Salpino	38	11	32	70	Bc 14 de Setiembre	45	13	50	95	83	24	82	165
	BC Carmen del Rosari	29	14	32	61	Santa Barbara	34	10	39	73	63	24	71	134
TOTAL		67	25	64	131		79	23	89	168	146	48	153	299

CUADRO COMPARATIVO CONTROL DE BANCOS LINEA DE BASE Vs EVALUACION INTERMEDIA

	Nombre de la comunidad con IE&C	LA LIBERTAD				Nombre del Control	PUNO AYMARA				TOTAL			
		MUJ	Socias	HOMB	TOTAL		MUJ	Socias	HOMB	TOTAL	MUJ	Socias	HOMB	TOTAL
LINEA DE BASE	Santa Rosa	71	30	40	111	Tomas Vargas	79	62	63	142	150	92	103	253
	Santa Rosa de Lima	48	19	26	74	Micaela Bastidas	60	40	47	107	108	59	73	181
TOTAL		119	49	66	185		139	102	110	249	258	151	176	434
EVALUACION INTERMEDIA	Santa Rosa	52	22	36	88	Tomas Vargas	69	49	51	120	121	71	87	208
	Santa Rosa de Lima	46	13	27	73	Micaela Bastidas	45	30	34	79	91	43	61	152
TOTAL		98	35	63	161		114	79	85	199	212	114	148	360

ANNEX F
TABLAS DE INDICADORES

TABLA 1: INDICADORES DEL MARCO DE RESULTADOS SEGÚN LA LÍNEA DE BASE (LB) Y LA EVALUACIÓN INTERMEDIA (EI): COMUNIDADES CON BANCOS Y COMUNIDADES CON INTERVENCIÓN EDUCATIVA ÚNICAMENTE

Indicadores	X BANCOS							IE&C							Odds Ratio
	LB	EI	Dif.	n LB	n EI	z	signif	LB	EI	Dif.	n LB	n EI	z	signif	
OE: MUJERES INCREMENTAN LA UTILIZACIÓN DE INTERVENCIONES EN SALUDREPRODUCTIVA															
1a. % de mujeres que ha tenido 4 o más controles con personal de salud durante el último embarazo ocurrido dos años antes de la encuesta	15.6	45.7	30.1	45	35	-2.950	Sig (0.05)	30.6	46.7	16.1	62	45	-1.699	Sig (0.05)	1.087
2. % de mujeres que atendió su último parto, ocurrido dos años de la encuesta, con personal de salud	41.7	67.6	25.9	36	34	-2.174	Sig (0.05)	49.1	73.2	24.1	53	41	-2.362	Sig (0.05)	1.920
3. % de mujeres unidas que usa algún método anticonceptivo	62.7	68.2	5.5	118	88	-0.819		67.5	71.6	4.1	157	116	-0.726		1.025
4. % de mujeres unidas con necesidad insatisfecha de planificación familiar (incluye a usuarias de ritmo que no conocen su período fértil)	48.3	42.0	-6.3	116	88	0.895		42.6	42.1	-0.5	155	114	0.082		0.880
4.1 % de mujeres unidas con necesidad insatisfecha de planificación familiar	23.5	15.9	-7.6	115	88	1.336	Sig (0.10)	21.0	20.5	-0.5	157	117	0.101		0.693
RI 1: MUJERES TIENEN RELACIONES DE GÉNERO MÁS EQUITATIVAS CON SUS PAREJAS Y SUS FAMILIAS															
5. % de mujeres unidas cuya pareja ayuda cuando los niños se enferman	16.7	47.4	30.7	102	78	-4.454	Sig (0.05)	30.3	32.7	2.4	76	98	-0.338		2.630
6. % de mujeres que decide en qué se gasta el dinero que gana ella.	36.2	35.9	-0.3	186	145	0.056		41.5	35.0	-6.5	256	210	1.434	Sig (0.10)	1.176
7. % de mujeres que decide conjuntamente con su pareja sobre relaciones sexuales, métodos anticonceptivos y número de hijos	22.2	30.6	8.4	117	85	-1.348	Sig (0.10)	28.2	38.7	10.5	156	111	-1.804	Sig (0.05)	1.004
9. % de mujeres que hace una o más tareas en su casa conjuntamente con su pareja	26.3	38.6	12.3	118	88	-1.879	Sig (0.05)	33.1	67.2	34.1	157	116	-5.577	Sig (0.05)	0.723
11. % de mujeres que decide conjuntamente con su pareja hasta qué nivel de educación deben estudiar hijas e hijos	75.2	72.7	-2.5	101	77	0.377		55.4	51.9	-3.5	148	104	0.549		1.032
11a % de mujeres unidas que ha hablado con su pareja sobre el número de hijos que desean tener	75.8	78.3	2.5	118	88			73.5	83.9	10.4	157	114	-2.036	Sig (0.05)	0.905
RI 1.1: Mujeres fortalecen sus habilidades para conseguir cambios en sus relaciones de género															
12. % de mujeres que está de acuerdo que la mujer decida cuidarse aún cuando la pareja se oponga	51.7	55.7	4.0	118	88	-0.569		76.4	65.5	-10.9	157	116	1.978	Sig (0.05)	1.257
12.1 % de mujeres que no tiene relaciones sexuales obligada o	63.4	68.6	5.2	118	88	-0.777		41.3	60.7	19.4	156	114	-3.149	Sig (0.05)	0.736

ANEXOS

convencida															
14. % de mujeres que acudiría a pedir ayuda a la policía-autoridades si su marido la golpease	19.5	43.2	23.7	118	88	-3.685	Sig (0.05)	18.5	35.7	17.2	81	115	-2.624	Sig (0.05)	1.148
Indicadores	XI. BANCOS							IE&C							Odds Ratio
	LB	EI	Dif.	n LB	n EI	z	signif	LB	EI	Dif.	n LB	n EI	z	signif	
16a. % de mujeres que sabe a dónde acudir a pedir ayuda o consejo en caso de ser golpeadas	65.6	71.8	6.2	186	146	-1.205		43.6	73.4	29.8	258	212	-6.494	Sig (0.05)	0.650
RI 1.2: AUMENTO DE ACTITUDES POSITIVAS DE LOS VARONES EN SU RELACIÓN CON LAS MUJERES Y LA FAMILIA															
17. % de varones que cree que a la mujer no se le puede golpear en ningún caso	75.5	73.3	-2.2	94	86	0.338		53.1	79.7	26.6	98	79	-3.688	Sig (0.05)	0.647
18. % de varones que cree que el hombre no tiene derecho a exigir relaciones sexuales cuando la mujer no quiere	76.8	93.0	16.2	95	86	-3.007	Sig (0.05)	76.0	92.4	16.4	50	79	-2.619	Sig (0.05)	0.996
RI 1.3: MUJERES INCREMENTAN EL CONOCIMIENTO SOBRE LA SITUACIÓN DE GÉNERO															
21. % de mujeres que cree que las hijas y los hijos deben estudiar hasta el mismo nivel	96.7	78.7	-18.0	60	47	2.929	Sig (0.05)	86.5	91.8	5.3	104	73	-1.096		0.767
21.1 % de varones que cree que las hijas y los hijos deben estudiar hasta el mismo nivel	95.7	93.5	-2.2	47	31	0.429		84.5	87.5	3.0	58	48	-0.441		0.944
RI 2: Mujeres con mayor capacidad para acceder a los servicios de Salud Reproductiva															
24. % de mujeres que ha acudido a un establecimiento de salud para una consulta sobre salud reproductiva o para atención en planificación familiar	20.8	32.8	12.0	186	146	-2.472	Sig (0.05)	28.8	32.2	3.4	258	212	-0.798		1.410
RI 2.2: AUMENTO DE LA VALORACIÓN POSITIVA DE LA SALUD DE LA MUJER DENTRO DE LOS HOGARES Y LA COMUNIDAD															
33. % de mujeres que realizó algún gasto en su salud en los últimos 12 meses	39.2	57.9	18.7	186	146	-3.387	Sig (0.05)	46.8	44.8	-2.0	258	212	0.433		1.543
RI 2.6: MUJERES INCREMENTAN EL CONOCIMIENTO SOBRE SUS NECESIDADES DE SALUD REPRODUCTIVA															
38. % de mujeres unidas que sabe cómo funciona al menos un método moderno	6.1	55.0	48.9	186	146	-9.893	Sig (0.05)	25.8	57.3	31.5	258	212	-6.936	Sig (0.05)	4.060
39. % de usuarias de ritmo que conocen los días fértiles del ciclo	31.4	34.9	3.5	40	31	-0.311		32.4	37.4	5.0	43	39	-0.475		0.963
40. % de mujeres unidas que conoce algún malestar del embarazo y del post parto que indican situación de riesgo	16.1	45.5	29.4	118	88	-4.616	Sig (0.05)	30.1	56.9	26.8	153	116	-4.416	Sig (0.05)	1.495
43a. % porcentaje de mujeres que ha escuchado sobre Papanicolau o el examen de mamas	64.7	73.7	9.0	186	146	-1.755	Sig (0.05)	77.6	87.5	9.9	258	212	-2.784	Sig (0.05)	1.010
43b. % porcentaje de mujeres que piensa que mientras una mujer está dando de lactar es difícil que quede embarazada	39.0	57.2	18.2	132	100	-2.751	Sig (0.05)	39.2	60.7	21.5	184	150	-3.910	Sig (0.05)	0.947

Comunidades con bancos comunales y comunidades con I

Indicadores	Bancos		
	LB	EI	Cambio re
2.1: Mujeres incrementan la utilización de intervenciones en salud reproductiva			
% de mujeres que ha tenido 4 o más controles con personal de salud durante el último embarazo ocurrido dos años antes de la encuesta	41.7	67.6	1.621
% de mujeres que atendió su último parto, ocurrido dos años de la encuesta, con personal de salud	15.6	45.7	2.929
% de mujeres unidas que usa algún método anticonceptivo	62.7	68.2	1.088
% de mujeres unidas con necesidad insatisfecha de planificación familiar (incluye a usuarias de ritmo que no conocen su período fértil)	48.3	42.0	0.870
% de mujeres unidas con necesidad insatisfecha de planificación familiar	23.5	15.9	0.677
1: Mujeres tienen relaciones de género más equitativas con sus parejas y sus familias			
% de mujeres unidas cuya pareja ayuda cuando los niños se enferman	16.7	47.4	2.838
% de mujeres que decide en qué se gasta el dinero o que gana ella	36.2	35.9	0.992
% de mujeres que decide conjuntamente con su pareja sobre relaciones sexuales, métodos anticonceptivos y número de hijos	22.2	30.6	1.378
% de mujeres que hace una o más tareas en su casa conjuntamente con su pareja	26.3	38.6	1.468
% de mujeres que decide conjuntamente con su pareja hasta qué nivel de educación deben estudiar hijas e hijos	75.2	72.7	0.967
% de mujeres unidas que ha hablado con su pareja sobre el número de hijos que desean tener	75.8	78.3	1.033
1.1: Mujeres fortalecen sus habilidades para conseguir cambios en sus relaciones de género			
% de mujeres que está de acuerdo que la mujer decida cuidarse aún cuando la pareja se oponga	51.7	55.7	1.077
% de mujeres que no tiene relaciones sexuales obligada o convencida	63.4	68.6	1.082
% de mujeres que acudiría a pedir ayuda a la policía-autoridades si su marido la golpease	19.5	43.2	2.215
% de mujeres que sabe a dónde acudir a pedir ayuda o consejo en caso de ser golpeada	65.6	71.8	1.095
1.2: Aumento de actitudes positivas de los varones en su relación con las mujeres y la familia			
% de varones que cree que a la mujer no se le puede golpear en ningún caso	75.5	73.3	0.971
% de varones que cree que el hombre no tiene derecho a exigir relaciones sexuales cuando la mujer no quiere	76.8	93.0	1.211
1.3: Mujeres incrementan el conocimiento sobre la situación de género			
% de mujeres que cree que las hijas y los hijos deben estudiar hasta el mismo nivel	96.7	78.7	0.814
% de varones que cree que las hijas y los hijos deben estudiar hasta el mismo nivel	95.7	93.5	0.977
2: Mujeres con mayor capacidad para acceder a los servicios de Salud Reproductiva			
% de mujeres que ha acudido a un establecimiento de salud para una consulta sobre salud reproductiva o para atención en planificación familiar	20.8	32.8	1.577
2.2: Aumento de la valoración positiva de la salud de la mujer dentro de los hogares y la comunidad			
% de mujeres que realizó algún gasto en su salud en los últimos 12 meses	39.2	57.9	1.477
2.6: Mujeres incrementan el conocimiento sobre sus necesidades de salud reproductiva			
% de mujeres unidas que sabe cómo funciona al menos un método moderno	6.1	55.0	9.016
% de usuarias de ritmo que conocen los días fértiles del ciclo	31.4	34.9	1.111
% de mujeres unidas que conoce algún malestar del embarazo y del post parto que indican situación de riesgo	16.1	45.5	2.826
a % porcentaje de mujeres que ha escuchado sobre Papanicolau o el examen de mamas	64.7	73.7	1.139
b % porcentaje de mujeres que piensa que mientras una mujer está dando de lactar es difícil que quede embarazada	39.0	57.2	1.467

Tabla 3: Indicadores del Marco de Resultados ordenados de mayor a menor efecto del proyecto de acuerdo al valor de los Odds Ratio

Indicadores	Cambio neto en puntos porcentuales entre la línea de base y la evaluación intermedia		Odds Ratio
	Bancos	IE&C	
ODDS RATIO DE 1.999 A +			
38. % de mujeres unidas que sabe cómo funciona al menos un método moderno	48.9	31.5	4.060
5. % de mujeres unidas cuya pareja ayuda cuando los niños se enferman	30.7	2.4	2.630
Odds Ratio de 1.999 a 1.199			
2. % de mujeres que atendió su último parto, ocurrido dos años antes de la encuesta, con personal de salud	30.1	16.1	1.920
33. % de mujeres que realizó algún gasto en su salud en los últimos 12 meses	18.7	-2	1.543
40. % de mujeres unidas que conoce algún malestar del embarazo y del post parto que indican situación de riesgo	29.4	26.8	1.495
24. % de mujeres que ha acudido a un establecimiento de salud para una consulta sobre salud reproductiva o para atención en planificación familiar	12.0	3.4	1.410
12. % de mujeres que está de acuerdo en que la mujer decida cuidarse aún cuando la pareja se oponga	4.0	-10.9	1.257
E. ODDS RATIO DE 1.199 A 1.100			
6. % de mujeres que decide en qué se gasta el dinero que gana ella.	-0.3	-6.5	1.176
14. % de mujeres que acudiría a pedir ayuda a la policía-autoridades si su marido la golpease	23.7	17.2	1.148
ODDS RATIO DE 1.099 A 1.050			
1a. % de mujeres que ha tenido 4 o más controles con personal de salud durante el embarazo ocurrido dos años antes de la encuesta	25.9	24.1	1.087
F. ODDS RATIO DE 1.049 A 1			
11. % de mujeres que decide conjuntamente con su pareja hasta qué nivel de educación deben estudiar hijas e hijos	-2.5	-3.5	1.032
3. % de mujeres unidas que usa algún método anticonceptivo	5.5	4.1	1.025
43a. % de mujeres que ha escuchado sobre Papanicolau o el examen de mamas	9.0	9.9	1.010
7. % de mujeres que decide conjuntamente con su pareja sobre relaciones sexuales, métodos anticonceptivos y número de hijos	8.4	10.5	1.004
G. ODDS RATIO MENOR QUE 1			
18. % de varones que cree que el hombre no tiene derecho a exigir relaciones sexuales cuando la mujer no quiere	16.2	16.4	0.996
39. % de usuarias de ritmo que conocen los días fértiles del ciclo	3.5	5	0.963
43 b. % de mujeres que piensa que mientras una mujer está dando de lactar es difícil que quede embarazada	18.2	21.5	0.947
21.1 % de varones que cree que las hijas y los hijos deben estudiar hasta el mismo nivel	-2.2	3	0.944
11a. % de mujeres unidas que ha hablado con su pareja sobre el número de hijos que desean tener	2.5	10.4	0.905
4. % de mujeres unidas con necesidad insatisfecha de planificación familiar (incluye a usuarias de ritmo que no conocen su período fértil)	-6.3	-0.5	0.880
21. % de mujeres que cree que las hijas y los hijos deben estudiar hasta el mismo nivel	-18.0	5.3	0.767
12.1 % de mujeres que no tiene relaciones sexuales obligada o convencida	5.2	19.4	0.736
9. % de mujeres que hace una o más tareas en su casa conjuntamente con su pareja	12.3	34.1	0.723
4.1 % de mujeres unidas con necesidad insatisfecha de planificación familiar	-7.6	-0.5	0.693
16.a % de mujeres que sabe a dónde acudir a pedir ayuda o consejo en caso de ser golpeadas	6.2	29.8	0.650
17. % de varones que cree que a la mujer no se le puede golpear en ningún caso	-2.2	26.6	0.647

